Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rapport annuel 1989-1990

Québec

91-07029/

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boulevard Charest Ouest
Québec (Québec)
G1N 4K7

Dépôt légal — 2e trimestre 1991
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-551-14630-5
ISSN : 0832-6258

© Gouvernement du Québec

Monsieur Marc-Yvan Côté
Ministre de la Santé et des
Services sociaux;
responsable de la Condition des aînés
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel des activités de notre Ministère pour l'année financière 1989-1990.

Ce rapport décrit les divers secteurs d'activités du Ministère ainsi que les différentes réalisations de chacun.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

André Dicaire

Québec, mars 1991

Monsieur Jean-Pierre Saintonge
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport d'activités annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 1990.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des activités du Ministère et contient de nombreux renseignements d'intérêt public.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux; responsable de la Condition des aînés

Marc-Yvan Côté

Québec, mars 1991

Table des matières

Introduction 9

Partie I
Le ministère de la Santé et des Services sociaux 11

1.0 Le Ministère et son réseau 11
1.1 Regard sur la situation budgétaire 11
1.2 Les réalisations et les projets 1990-1991 : les services et la clientèle 12
1.3 Le désengagement du Gouvernement fédéral dans le secteur de la santé 14
1.4 Les mesures de rationalisation et de financement alternatif 15
1.5 Les perspectives 15

Partie II
Le bilan administratif 17

2.0 Le bureau du sous-ministre 17
2.1 Le bureau des services aux communautés culturelles 18
2.2 La vérification interne 18
2.3 Le Secrétariat à l'adoption internationale (S.A.I.) 18
2.4 Le Secrétariat à la coordination 19
2.4.1 Le secrétariat 19
2.5 La condition féminine 20
2.6 Le service juridique 20
2.7 La comptabilité 20
3.0 Les directions générales 21
3.1 La planification et l'évaluation 22
3.1.1 Des études socio-sanitaires 22
3.1.2 La planification des ressources humaines 22
3.1.3 Des politiques et des plans socio-sanitaires 23
3.1.4 Des études et des recherches évaluatives 23
3.1.5 Le monitorage et l'instrumentation 24
3.1.6 La planification stratégique 24
3.1.7 La coordination de la recherche 24
3.1.8 La coopération internationale 25
3.1.9 La coopération interministérielle 25
3.1.10 La gestion documentaire 26
3.1.11 L'accès à l'information 26
3.2 La prévention et le services communautaires 27
3.2.1 La promotion de la santé 28
3.2.2 La protection de la santé publique 28
3.2.3 Le programme de maintien à domicile 29
3.2.4 Les familles d'accueil 29
3.2.5 Le programme en santé mentale dans les C.L.S.C. 29
3.2.6 Les programmes à la jeunesse 29
3.2.7 Les organismes communautaires 30
3.2.8 Les communautés autochtones 31
3.3 Le recouvrement de la santé 32
3.3.1 Le développement des services 33
3.3.2 La technologie biomédicale 33
3.3.3 La santé mentale 33
3.3.4 La commission d'examen 34
3.3.5 Les relations avec les corporations professionnelles 34
3.3.6 Les mesures d'urgence et ambulances 34
3.3.7 Le Centre québécois de coordination sur le sida 35
3.4 La réadaptation et les services de longue durée 36
3.4.1 Les personnes âgées 36
3.4.2 La déficience intellectuelle 37
3.4.3 La déficience physique 37
3.4.4 La toxicomanie 38
3.5 Les relations de travail 39
3.5.1 Le personnel salarié du réseau 39
3.5.2 Le personnel cadre du réseau 39
3.5.3 Les professionnels de la santé 40
3.6 Les équipements et les services 41
3.6.1 La programmation et les équipements 41
3.6.2 La construction 42
3.6.3 Les ressources matérielles 42
3.6.4 Les communications 42
3.7 Le budget et l'administration 43
3.7.1 Les politiques et les systèmes financiers 43
3.7.2 Le budget 44
3.7.3 Les affaires fédérales-provinciales 44
3.7.4 Les systèmes d'information 44
3.7.5 Les ressources humaines 45

Annexe I 47

A — Les organismes relevant du Ministre 47

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.) 47

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.) 47

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques (C.C.A.T.) 48

La Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) 48

Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) 48

Le Conseil d'évaluation des technologiques de la santé (C.E.T.S.) 48

Le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.) 49

Le Conseil consultatif de pharmacologie (C.C.P.) 49

Le Conseil des affaires sociales (C.A.S.) 50

L'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.) 50

Annexe II 51

Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la santé et des Services sociaux 51

Annexe III 53

Les ressources financières 53

Annexe IV 55

Gestion ministérielle des ressources humaines 55

Introduction

Le présent rapport est subdivisé en deux grandes parties accompagnées d'annexes.

La première partie donne des informations sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) dans son ensemble. On y retrouve le mandat du Ministère, quelques renseignements sur le réseau de la santé et des services sociaux, un regard sur la situation budgétaire, les réalisations et les projets 1990-1991.

La deuxième partie contient une description des activités de chacune des unités administratives du Ministère, incluant le bureau du sous-ministre, et les sept directions générales qui le composent.

Enfin, les annexes présentent les organismes relevant du Ministre, les lois et règlements qui relèvent du Ministère de même que certaines autres données relatives aux ressources financières et à la gestion ministérielle des ressources humaines.

Partie I
Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1.0 Le Ministère et son réseau

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales, fut créé le 22 décembre 1970 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère des Affaires sociales.

Le mandat

Le mandat du M.S.S.S. a pour objet :

— d'améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes;

— de rendre la gamme complète des services de santé et des services sociaux accessible à toutes les personnes, d'une façon continue et pendant toute sa vie, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;

— d'encourager la population et les groupes à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements;

— de mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et de répartir les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et la plus rationnelle possible;

— de favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;

— de promouvoir la recherche et l'enseignement.

Le réseau de la Santé et des Services sociaux

Afin d'assurer l'accessibilité à des soins et à des services de qualité, la Loi sur les services de santé et les services sociaux adopte un modèle d'organisation axé sur la régionalisation et sur la complémentarité des établissements. Plus de 930 établissements composent le réseau de la santé et des services sociaux. Ils sont regroupés en différentes catégories : 218 centres hospitaliers, 553 centres d'accueil, 149 centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et 14 centres de services sociaux (C.S.S.). La coordination des activités est assurée par les 13 conseils de la santé et des services sociaux (C.S.S.S.).

L'apport des organismes communautaires

Les organismes communautaires contribuent également à la prestation directe de services et au raffermissement des liens communautaires. Ils renouvellent et diversifient les approches et les moyens d'action. Ce faisant, ils s'avèrent particulièrement aptes à répondre à de nouveaux besoins. L'ampleur, la qualité et l'originalité de leur action sont telles qu'il n'est plus possible d'interpréter la santé et le bien-être à travers le seul prisme des organismes publics.

Le Ministère subventionne près de 1 600 organismes communautaires.

1.1 Regard sur la situation budgétaire

Depuis quatre ans, aucune compression budgétaire significative n'a été imposée aux établissements du réseau, afin de maintenir une prestation de services de qualité à la population. Le gouvernement a non seulement maintenu les dépenses dans le domaine de la santé et des services sociaux, il les a accrues de façon significative.

Le budget consenti au Ministère et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec est passé de 8 200 000 000 $ en 1986-1987 à 10 200 000 000 $ en 1989-1990, soit un accroissement de 24,4 %. Ce budget, qui représente 30,6 % de l'ensemble du budget gouvernemental, se répartit ainsi : 8 100 000 000 $ pour le Ministère et le réseau lui-même et 2 100 000 000 $ pour les programmes administrés par la R.A.M.Q.

Durant cette période, la croissance des dépenses du Ministère fut de 26,3 % alors qu'elle ne fut que de 18,6 % pour l'ensemble du gouvernement. Près du tiers (31,8 %) des crédits additionnels ont été injectés pour répondre aux besoins du Ministère.

De 1986-1987 à 1989-1990, les dépenses du Ministère ont en moyenne augmenté de 7,5 % par année. Cette croissance moyenne est inférieure à celle du produit intérieur qui se situe à 9,15 %. Cependant, elle est nettement au-dessus de celle du taux d'inflation (IPC) qui a progressé de 4,4 %.

1.2 Les réalisations et les projets 1990-1991 : les services et la clientèle

Le coût du système de santé

En 1985, compte tenu de la situation économique et financière de l'époque, les compressions budgétaires imposées par le gouvernement menaçaient dangereusement l'équilibre budgétaire des centres hospitaliers. Des mesures radicales ont donc été prises pour éliminer d'abord les déficits (260 000 000 $) et pour rétablir les bases budgétaires de ces établissements (110 000 000 $).

D'autre part, pour couvrir la sous-budgétisation des établissements du réseau et leur permettre de compenser l'augmentation de la demande de services et celle des coûts liés à l'évolution des clientèles ainsi qu'à l'impact technologique, le gouvernement a décidé d'octroyer aux centres hospitaliers et aux centres de santé des crédits additionnels à titre de coût du système. Les montants cumulatifs récurrents totalisent près de 158 000 000 $ en 1989-1990.

Parallèlement à cet apport de crédits, le Ministère a pris des mesures pour que les responsables des établissements usent de prudence en ce qui a trait aux dépassements budgétaires et fassent en sorte qu'il n'y ait plus de déficit.

En 1990-1991, des crédits additionnels seront versés dans le réseau pour permettre aux établissements de maintenir la qualité des services. Un montant additionnel de 46 900 000 $ sera alloué aux établissements de santé à titre de coût du système.

La méthode utilisée par le Ministère pour attribuer ces crédits, sera différente de celle des années antérieures. Elle sera constituée, en grande partie (environ 2/3 de l'enveloppe globale), d'ajustements spécifiques qui serviront à la réalisation de projets résultant des effets des clientèles et de l'évolution technologique, comme l'arrivée de médecins, certains nouveaux médicaments ou encore l'accès à des services spécialisés.

Le solde, soit le tiers de l'enveloppe globale, sera alloué aux établissements au prorata de ce qu'ils auraient obtenu si l'on utilisait les mêmes taux d'ajustement paramétrique que ceux de 1989-1990.

Le désengorgement des urgences

Les mesures mises en place en 1986-1987 visant à désengorger les salles d'urgence ont été très bénéfiques. Entre les années 1985 et 1988, la situation des urgences s'est améliorée.

Le budget total affecté au fonctionnement des mesures permettant de désengorger les urgences atteindra, en 1990-1991, près de 129 200 000 $, dont 10 800 000 $ pour les 332 places additionnelles ouvertes en 1989-1990.

Toutefois, le plan d'action connaît un essoufflement à la fin de l'année 1989-1990. Un important virage doit être effectué pour améliorer davantage la situation qui prévalait dans les urgences au printemps de 1990.

Les administrations hospitalières doivent revoir l'ensemble de leur politique de fonctionnement interne et externe, car la solution à ce problème d'encombrement doit passer par cette voie.

À cet effet, les deux groupes de travail suivants ont été mis sur pied durant les premiers mois de l'année 1990 avec des mandats très précis.

Le *groupe d'intervention* a pour tâche principale de mettre en lumière les problèmes d'organisation et de fonctionnement dans les salles d'urgence et de formuler des recommandations tant à l'établissement et au conseil régional qu'au Ministère pour apporter les correctifs qui s'imposent. Ce groupe tactique, communément appelé le G.T.I., pourra contribuer grandement à aider les administrateurs hospitaliers.

Dans le but de rajuster le plan d'action 1986-1987, un second groupe a été créé : le *groupe stratégique* qui aura pour mandat de faire des recommandations précises au Ministère sur les mesures à caractère permanent qui devront être mises en place par les établissements afin d'améliorer la situation.

Les mesures comporteront très peu d'injections de crédits mais seront davantage fonction d'une organisation interne de fonctionnement et d'une coordination régionale.

La répartition des effectifs médicaux

La répartition inéquitable des médecins spécialistes entre les régions constitue une entrave aux services médicaux auxquels la population a droit quelle que soit sa région de résidence. En 1986, les régions universitaires (Québec, Estrie, Montréal-Métropolitain) comptaient 78 % des spécialistes pour 51 % de la population. À l'inverse, les autres régions avec une population de 49 % ne disposaient que de 22 % de spécialistes.

Face à cet état de chose, la situation devait être redressée pour que les citoyens puissent obtenir des services médicaux adéquats. Il fallait donc favoriser l'installation de nouveaux médecins dans les régions en pénurie. Dès 1986, le gouvernement adopta des mesures législatives permettant la mise en place des plans d'effectifs médicaux.

L'application de ces mesures a déjà permis d'accroître le nombre de spécialistes et d'omnipraticiens dans plusieurs régions en pénurie. Les efforts doivent cependant être maintenus et les tendances passées infléchies quant aux régions d'installation des nouveaux médecins. Au cours des trois prochaines années,

les régions les mieux pourvues seront ainsi appelées à contribuer, soit en limitant la croissance de leurs effectifs, soit en ne remplaçant pas une partie des médecins qui quittent ou abandonnent la pratique. Cette démarche facilitera et accentuera le recrutement dans les autres régions.

Les investissements en immobilisations

Les investissements immobiliers réalisés depuis 1986-1987 ont permis d'accroître les services de santé et le nombre de lits d'hébergement ou de soins de longue durée disponibles ou encore d'améliorer ces services.

En 1989-1990, des crédits de l'ordre de 18 500 000 $ ont été ajoutés pour assurer le fonctionnement des services et faire face aux dépenses reliées aux différentes constructions dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces crédits additionnels ont permis l'accessibilité à des lits et à des services supplémentaires dans les établissements. Ils ont également amélioré certains autres services en les rationalisant.

Le plan triennal des immobilisations

Au cours de l'exercice budgétaire complété le 31 mars 1990, le Conseil du trésor a autorisé le Ministère à entreprendre ou à compléter des projets totalisant 986 300 000 $ au cours de la période s'étendant du 1er avril 1989 au 31 mars 1992. De cette somme, 669 800 000 $ sont alloués au parachèvement et 316 500 000 $ aux nouvelles initiatives de maintien d'actifs et de développement inscrit au plan annuel des immobilisations 1989-1990. Dans ce contexte, le gouvernement manifeste sa volonté de corriger les problèmes de sécurité - vétusté observés dans le réseau ces dernières années.

Dans le plan triennal qui commence en 1990-1991, le Ministère allouera des enveloppes budgétaires pour répondre aux problèmes de sécurité - vétusté des immeubles, rééquilibrer les secteurs en déficit de lits, développer et améliorer les services d'hébergement et de longue durée à la population vieillissante et les services de réadaptation à la jeune population. Le Ministère verra aussi au développement de la recherche en santé et au rehaussement technologique.

Pour atteindre ces objectifs, le cadre normatif sera révisé en s'appuyant sur une politique de conservation des immeubles et des équipements.

La budgétisation du réseau

Les budgets 1990-1991 des établissements et des conseils régionaux seront indexés pour tenir compte de l'impact financier des conventions collectives. De plus, les établissements pourront compter sur une indexation des dépenses non salariales correspondant au taux de croissance prévu par le Ministère.

L'année budgétaire 1990-1991 sera marquée par l'intégration au budget global, d'éléments qui donneront aux gestionnaires des établissements une plus grande marge de manoeuvre pour gérer de façon efficace les ressources mises à leur disposition.

Le contexte des finances gouvernementales a également motivé l'introduction, pour 1990-1991, d'une demande aux établissements pour qu'ils participent à des réductions de dépenses. Malgré d'importants efforts déployés au cours des dernières années par l'ensemble des établissements, il y a encore place pour des mesures de réduction de dépenses qui n'affectent pas les services directs à la population. C'est pourquoi, un ajustement a priori, variant de 0,15 % à 0,30 %, selon la catégorie d'établissements, sera effectué au budget 1990-1991.

Les personnes âgées

Les services d'hébergement et les services à domicile pour les personnes âgées ont aussi été au centre des préoccupations gouvernementales. En 1989-1990, les montants cumulatifs récurrents totalisent plus de 93 500 000 $.

En 1990-1991, les efforts du Ministère se poursuivront encore pour accroître et améliorer ces services. Ainsi, 28 000 000 $ seront affectés aux services aux personnes hébergées et au maintien à domicile des aînés, ce qui portera le total des crédits ajoutés à 121 500 000 $.

Durant cette même année, un groupe d'experts sera créé afin de formuler des orientations visant à indiquer clairement la direction vers laquelle le Ministère devrait s'engager au cours des prochaines années pour répondre aux besoins des personnes aînées.

Ce groupe d'experts devra formuler des objectifs mesurables et préciser les actions à mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs. Les propositions soumises devront être réalistes et concrètes.

La protection de la jeunesse

La protection de la jeunesse constitue un autre secteur où l'ajout de crédits n'est pas le seul remède au problème d'engorgement.

Depuis l'exercice financier 1986-1987, des sommes importantes ont été investies afin de résorber les listes d'attente. Cet investissement représente 6 600 000 $ en 1989-1990. Malgré ces investissements massifs, le phénomène des listes d'attente tardait à se résorber.

Au 5 janvier 1990, la liste d'attente à l'évaluation comptait encore 3 761 signalements. Un plan d'action comportant un bilan de la situation, une stratégie d'intervention et des mesures concrètes, a été

mis en place en collaboration avec les directeurs des centres de services sociaux et les directeurs de la protection de la jeunesse.

En même temps que l'ajout de crédits importants, certaines normes de pratique des centres de services sociaux ont été révisées. Les recommandations du rapport Harvey à cet égard, maintenant en application dans tous les centres de services sociaux, aident à normaliser les pratiques, à accroître l'efficacité de l'intervention et à stabiliser la liste d'attente à l'évaluation, malgré la progression exponentielle des signalements. Le lancement des travaux de la deuxième phase du rapport Harvey, qui porte sur l'examen de la prise en charge, devrait aussi avoir une incidence sur la liste d'attente à la prise en charge.

Enfin, la réflexion en cours au sujet des listes d'attente amène le Ministère à remettre en question l'investissement systématique dans les ressources lourdes de protection de la jeunesse. L'investissement futur pourrait désormais toucher d'autres partenaires susceptibles d'agir dans le domaine de la prévention et de l'intervention de première ligne afin d'améliorer le support à la famille et à la jeunesse.

Malgré l'impuissance du Ministère à contrôler l'entrée des signalements, le redressement de la situation devient très significatif. La gestion du phénomène des listes d'attente devrait être sous contrôle une fois que les éléments de la réforme du système de la santé et des services sociaux seront intégrés dans le réseau.

La santé mentale

En janvier 1989, le gouvernement adoptait une politique en santé mentale. Rappelons que cette politique vise d'une part à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins. D'autre part, elle favorise le maintien et le développement de la santé mentale de la population.

La politique proposait des actions concrètes en regard de la protection des droits et de la répartition des ressources de promotion, de respect et de protection des droits, de répit aux familles, d'organismes communautaires d'entraide et de formation. Chaque conseil régional a d'ailleurs reçu, en 1989-1990, une enveloppe globale pour actualiser ces quatre mesures.

Il sera possible, dès l'automne 1990, d'assurer un suivi des plans régionaux d'organisation des services. En 1990-1991, le Ministère préparera avec les conseils régionaux la décentralisation des budgets pour la santé mentale, vers chacune des régions.

La lutte contre le sida

Le sida, cette maladie grave et mortelle, a fait l'objet d'une attention particulière de la part du Ministère en 1988, qui rendait public un plan global de prévention, de prise en charge et de contrôle de l'épidémie du sida.

En juin 1989, il créait le Centre québécois de coordination sur le sida. Ce centre, chargé de mettre en place les nouveaux programmes de prévention, de soins et de services, de même que de formation des intervenants, coordonne et canalise la collaboration de tous les intervenants du milieu. En incluant les sommes consacrées pour le médicament AZT, le gouvernement affecte annuellement 11 100 000 $ de façon spécifique pour les interventions préventives et les services spécifiques aux sidéens.

La toxicomanie

À l'instar de l'ensemble des pays industrialisés, le gouvernement du Québec porte à la question de la toxicomanie une attention toute particulière.

Ainsi, le Premier ministre du Québec a mandaté un groupe de travail sur la lutte contre les drogues. Ce groupe, présidé par monsieur Mario Bertrand, a pour mandat d'identifier les pistes d'action à privilégier. Un rapport doit être remis au Premier ministre et le plan d'action qui en découlera devrait avoir un impact sur les activités du Ministère.

Le Ministère a déjà procédé en 1988 à une vaste consultation sur les orientations. Il a également investi près de 4 000 000 $ dans ce secteur en matière de prévention, de réadaptation et de recherche. En 1989-1990, les régions ont complété un programme régional de prévention de la toxicomanie.

1.3 Le désengagement du Gouvernement fédéral dans le secteur de la santé

Le gel de la contribution fédérale au financement de la santé annoncé dans le dernier budget fédéral représente un manque à gagner pour le Québec de 157 400 000 $ en 1990-1991.

Si on considère l'ensemble des mesures de réduction de la contribution fédérale adoptée depuis 1982, le manque à gagner pour le Québec, au titre du financement de la santé, représentera pour la seule année 1990-1991 un montant de 848 000 000 $.

Le résultat de ces coupures fait que la contribution fédérale au financement de la santé qui représentait, en 1977-1978, quelque 45,3 % des dépenses du Québec à ce titre, n'en représentera plus que quelque 36,2 % en 1990-1991.

Le gouvernement du Québec a pu jusqu'à présent faire en sorte que le désengagement fédéral n'affecte pas directement le niveau et la qualité des services de santé offerts aux Québécois. Ceci a été possible au prix de nombreux efforts et parce que la santé constitue un secteur prioritaire d'intervention pour notre gouvernement.

1.4 Les mesures de rationalisation et de financement alternatif

Malgré la baisse des revenus provenant du gouvernement fédéral, le gouvernement québécois a jusqu'à maintenant réussi à maintenir et à accroître ses investissements dans les secteurs des services de santé et des services sociaux et ce, parfois au détriment de d'autres secteurs d'activités gouvernementales.

Cette baisse progressive et importante de revenus nous amène maintenant à considérer des sources de financement additionnelles et à réexaminer certains programmes tout en conservant l'accessibilité et l'universalité des services de santé et des services sociaux à caractère essentiel.

Le financement par les bénéficiaires de certains services a été accru. Il en est ainsi dans le domaine du transport ambulancier et des suppléments de chambres en établissement de santé où les frais n'avaient pas été indexés depuis plusieurs années. Un rattrapage s'imposait donc. Le tarif de prise en charge pour un transport par ambulance a donc été porté de 70,00 $ à 90,00 $. De plus, les suppléments de chambres privées et semi-privées ont été redressés de 28 % en moyenne, ces suppléments n'ayant pas été indexés depuis plus de cinq ans.

La dernière mesure afférente au financement alternatif est l'introduction de frais de 10,00 $ pour le remplacement, avant échéance, des cartes d'assurance-maladie perdues, volées ou détruites. Ces frais ont pour objectif de ne pas faire endosser par l'ensemble de la collectivité, des frais administratifs reliés à un nombre restreint de bénéficiaires.

Le Ministère, en collaboration avec la Régie de l'assurance-maladie, a également entrepris de rationaliser ses programmes et ses dépenses.

Les mécanismes, qui habiliteraient la Régie de l'assurance-maladie à exercer un véritable rôle d'évaluation des programmes sous sa responsabilité et lui permettraient de développer un réel contrôle sur les distances à prendre et les utilisateurs de services, seront examinés.

1.5 Les perspectives

Au cours de l'exercice 1990-1991, les efforts seront tout spécialement consacrés à définir, dans sa forme finale, le projet de réforme des services de santé et des services sociaux commencé il y a plus de quatre ans maintenant. La phase ultime de ce vaste réexamen du système québécois de la santé et des services sociaux profitera largement de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

En permettant le dépôt de 266 mémoires, un précédent dans l'histoire du parlementarisme québécois, et en recevant 175 groupes, la Commission parlementaire des affaires sociales a fait en sorte que cet avant-projet de loi profite de l'éclairage le plus large possible et soit discuté dans le cadre d'un débat qui a été particulièrement ouvert et démocratique.

Les membres de cette commission peuvent, à cet égard, être fiers d'avoir rendu possible un exercice qui aura permis à un aussi grand nombre de personnes et de groupes de s'associer à l'analyse des besoins et d'apprécier la pertinence des solutions qui devraient être retenues.

Les modifications qui seront bientôt apportées à l'architecture et aux règles générales de fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux viseront un objectif central : celui d'accroître la capacité d'adaptation du régime. C'est d'abord pour cela qu'il est urgent de parvenir à une meilleure intégration des éléments du système et d'adopter un mode de gestion décentralisé.

Le manque de complémentarité, voire la concurrence entre les établissements, les ressources communautaires et le secteur privé de production de services expliquent pour une part que de nombreuses personnes aux prises avec des besoins urgents, souvent nouveaux, soient privées de services pendant que d'autres sont soumises à la répétition d'évaluations ou d'examens, souvent inutilement. Cette situation ne peut plus être tolérée. La population québécoise n'a plus les moyens de se payer le luxe d'un régime où des ressources se juxtaposent plus qu'elles ne s'associent et s'additionnent plus qu'elles ne se complètent.

C'est aussi pour assurer des services mieux adaptés aux besoins diversifiés que la réforme des services de santé et des services sociaux se fera sous le signe de la décentralisation. La réforme reposera en effet sur une conviction : les besoins différents des régions vont être mieux comblés par une organisation de services et une répartition des ressources proposées localement plutôt que définies centralement.

Une seconde conviction guide ce travail : la réorientation engagée doit permettre le passage d'un système axé sur la production de services à un autre, orienté celui-là sur la réduction de problèmes spécifiques de santé et de bien-être. En distinguant mieux la fin des moyens et en assignant au système des objectifs mesurables, la concertation de tous ceux dont l'action influence la santé ou le bien-être sera rendue possible. La prévention et l'autonomie des personnes seront remises à l'honneur, afin qu'il soit plus facile de juger de l'efficacité des ressources allouées dans

ce domaine. En mesurant le degré d'atteinte des objectifs fixés, c'est en effet l'efficacité de tout le système qui pourra être établi à chaque intervention et en fonction de chaque service offert.

Parallèlement à l'identification d'objectifs spécifiques susceptibles de rallier et de faire converger les efforts de toutes les personnes qui participent au système de santé et de bien-être, les modes d'allocation budgétaire et de financement du régime seront revisés.

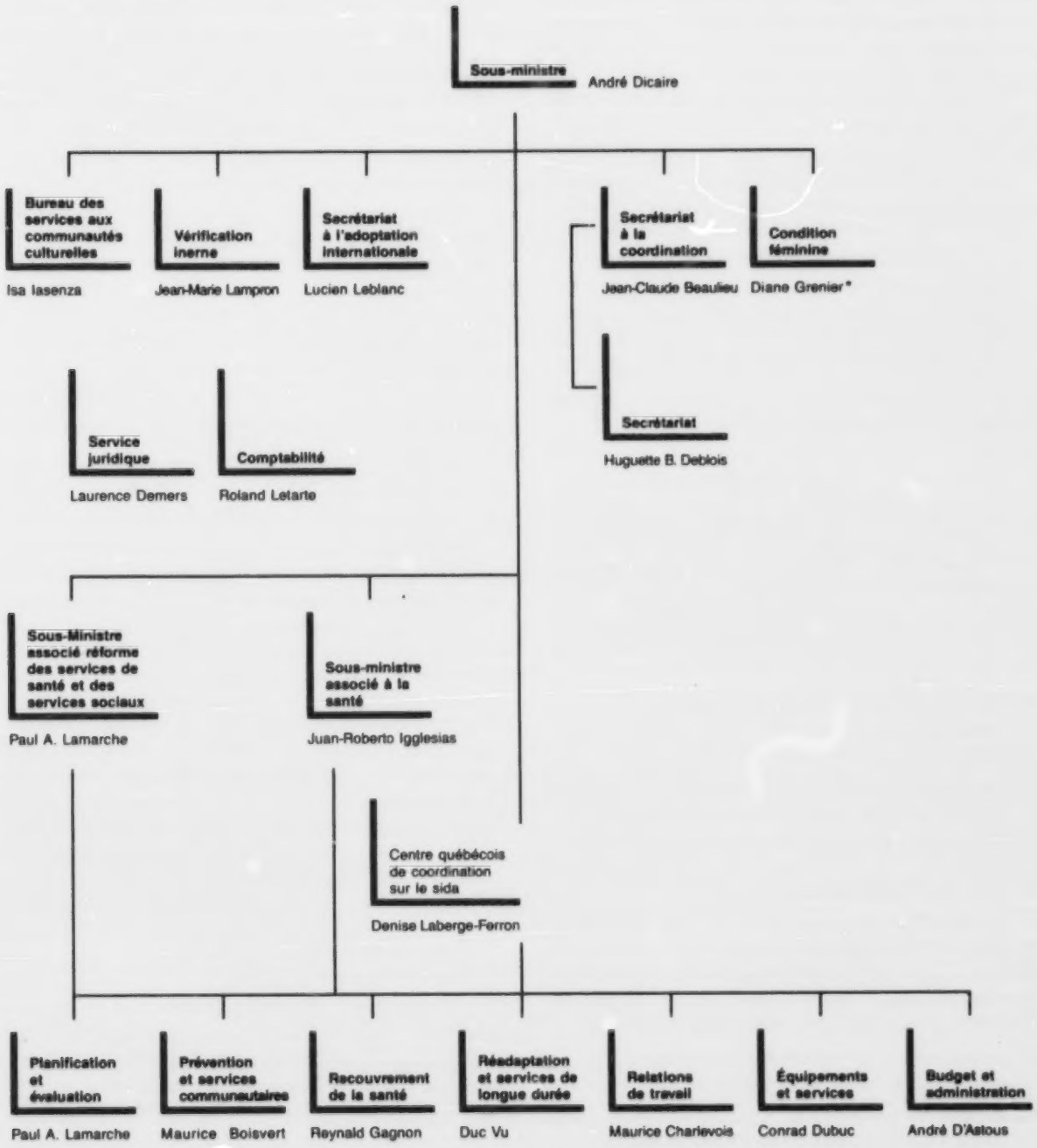
La répartition budgétaire et le financement du système se feront dans une optique d'équité, en préservant son caractère redistributif, mais également en relation directe avec les objectifs établis, les problèmes à résoudre, les populations à desservir et la capacité collective de les assumer financièrement. Ils devront également s'accompagner d'incitatifs à la performance et favoriser l'efficience.

Telles sont quelques unes des convictions qui guident l'entreprise de révision des modes de fonctionnement et de financement du système québécois de la santé et des services sociaux.

Le plan d'action contenant l'ensemble des mesures adoptées dans le cadre de cette réforme doit être rendu public à l'automne 1990. L'Assemblée nationale sera saisie, immédiatement après, du projet de loi contenant les dispositions législatives qui devront être adoptées afin de permettre les changements souhaités.

Partie II
Le bilan administratif

2.0 Le bureau du sous-ministre



* Par intérim

2.1 Le bureau des services aux communautés culturelles

Dans les limites des nouvelles orientations en matière de santé et de services sociaux, le Ministère se donne comme objectif de poursuivre ses efforts en vue de lever les barrières qui compromettent l'accessibilité aux services, de plusieurs clientèles cibles. Les Québécois issus des diverses communautés ethnoculturelles et raciales minoritaires sont identifiés parmi les clientèles qui requièrent une attention particulière à cet égard car des barrières linguistiques et culturelles existantes réduisent l'accès aux services. De ce fait, le Ministère veut s'assurer que toute personne ait un accès équitable aux services de santé et aux services sociaux.

Le rôle du Bureau des services aux communautés culturelles est d'appuyer les instances régionales et les établissements pour améliorer la distribution des services dans un contexte multiethnique et multiracial.

Les mesures, mises de l'avant par le Ministère, s'ajoutent aux efforts déjà faits par certains établissements pour mieux desservir la clientèle issue des communautés culturelles et visent essentiellement :

- l'intégration de la dimension interculturelle dans tous les programmes du Ministère;
- une meilleure communication avec la clientèle sur les plans linguistique et culturel;
- une plus grande présence des Québécois issus des diverses communautés ethnoculturelles minoritaires dans notre système socio sanitaire, à tous les niveaux;
- une reconnaissance du rôle et de l'expertise culturelle des organismes communautaires des communautés culturelles;
- la diffusion d'une information adéquate aux communautés culturelles sur les services et le fonctionnement du réseau;
- la promotion de la recherche visant à connaître les besoins particuliers afin de développer des approches et des modèles d'intervention adaptés.

2.2 La vérification interne

La Direction de la vérification a pour mandat de procéder à des évaluations et de formuler des recommandations portant sur la gestion du Ministère, de ses programmes, de ses activités et de ses unités afin de permettre à l'organisation, entre autres :

- d'améliorer l'utilisation de ses ressources humaines, matérielles et financières;
- d'aider les gestionnaires à mieux atteindre leurs objectifs et d'assumer leurs responsabilités;
- d'assurer que les actes et pratiques administratives soient exécutés en conformité avec les lois, les règlements et les directives, et que les politiques soient cohérentes et suffisantes;
- d'avoir des informations fiables, opportunes et utiles quant aux décisions et aux orientations à prendre.

La Direction doit aider le sous-ministre et les gestionnaires dans l'identification des mesures correctives relativement aux recommandations formulées, conseiller sur les projets en cours de développement et fournir des avis lorsque nécessaire. Elle agit enfin comme soutien au réseau dans le développement de la vérification interne, notamment en faisant la promotion des avantages à retirer de ces évaluations et en fournissant un soutien professionnel et technique.

Afin de mener à bien son mandat d'évaluation et d'aide à la gestion, la Direction de la vérification interne a développé au cours des années l'utilisation de la méthode de la vérification intégrée. Cette méthode a pour but de s'assurer que les services publics sont dispensés avec discernement, avec efficience et avec un souci d'économie.

Au cours de la dernière année, deux rapports de vérification ont été déposés et portaient sur :

- la gestion du M.S.S.S. relativement à la santé publique;
- les liaisons avec les établissements.

La Direction a également exercé son rôle de promoteur et d'aide technique et professionnelle dans le développement de la vérification interne-intégrée dans le réseau des établissements. Elle en a fait la promotion lors de diverses conférences et rencontres et elle en appuie le développement dans plusieurs établissements. Les efforts de promotion ont permis à un grand nombre d'établissements d'être sensibilisés à ce concept de vérification et à ses résultats. Présentement, une quinzaine d'établissements tant du côté social que du côté santé ont déjà mis en opération la vérification interne intégrée. Dix autres établissements ont fait des démarches pour amorcer ce processus d'implantation tandis qu'une vingtaine d'autres ont confirmé leur intérêt.

2.3 Le Secrétariat à l'adoption internationale (S.A.I.)

Le Secrétariat à l'adoption internationale a pour mission de veiller à l'application de la législation et de la politique québécoises en matière d'adoption internationale et d'aider les Québécois et Québécoises qui ont formé le projet d'adopter un enfant étranger.

Le S.A.I. est aussi responsable du programme pour les réfugiés mineurs, sans accompagnateur, et représente le Ministre dans les cas des ressortissants mineurs qui doivent être parrainés par des membres de leur famille.

Aux fins de la réalisation de son mandat, le S.A.I. collabore avec le ministère des Affaires internationales à la négociation d'ententes avec les pays étrangers et le gouvernement fédéral.

Au cours de l'année 1989-1990, le Secrétariat a effectué une mission à l'étranger en vue d'augmenter le nombre d'enfants proposés aux adoptants québécois. Il a aussi reçu des représentants d'autres pays.

Durant l'année 1989-1990, 285 autorisations de projets d'adoption internationale ont été émis concernant des enfants provenant de 34 pays différents.

Enfin, le S.A.I. a également procédé, au cours de cette période, à l'évaluation de la situation de l'adoption internationale au Québec et a proposé des recommandations visant à l'améliorer. Il a été l'instigateur de plusieurs éléments de la réforme contenue au projet de loi 70 et a collaboré à l'élaboration de ce projet de loi.

2.4 Le Secrétariat à la coordination

Le Secrétariat à la coordination assure le suivi administratif des documents officiels du Ministère. Il conseille le sous-ministre sur les dossiers en cours et le fonctionnement du Ministère. Il appuie le Comité de coordination dans ses interventions et son fonctionnement.

Enfin, il assure le suivi budgétaire et financier des unités administratives relevant de la Direction supérieure.

2.4.1 Le Secrétariat

Le Secrétariat du ministère a pour mandat d'assurer la coordination et le contrôle des activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère ainsi qu'au maintien et à la mise à jour du fichier des membres des conseils d'administration des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Il élabore et applique les procédures internes relatives à ces activités et à celles qui sont nécessaires au bon fonctionnement du Ministère.

Le Secrétariat planifie et coordonne l'activité annuelle d'attribution des Prix Persillier-Lachapelle; il assume la direction de la campagne Centraide au Ministère et il prépare le rapport annuel du Ministère en collaboration avec les unités administratives concernées.

Les Prix Persillier-Lachapelle	*Les récipiendaires 1989*
Prix d'excellence (établissement) :	Centre hospitalier Côte-des-Neiges Montréal (région 06A)
Prix d'excellence (organisme communautaire) :	Société pour les enfants handicapés du Québec Montréal (région 06A)
— Programmes innovateurs (établissement) :	Habitat Soleil Montréal (région 06A)
— Programmes innovateurs (organisme communautaire) :	La Rose des Vents de Drummond inc. Drummondville (région 04)
— Maintien à domicile :	Entraide bénévole des pays d'en haut inc. Saint-Sauveur-des-Monts (région 06B)
— Promotion de la santé et des services communautaires :	Centre de santé des femmes du quartier Plateau Mont-Royal de Montréal inc. Montréal (région 06A)
— Services en santé mentale :	Projet suivi communautaire Montréal (région 06A)

2.5 La condition féminine

Le Service à la condition féminine conseille le sous-ministre quant aux activités du Ministère reliées à la condition féminine.

En concertation avec l'ensemble des directions générales et en collaboration avec les responsables du dossier sur la condition de vie des femmes dans les Conseils de la santé et des services sociaux, il collabore au développement et à la mise en oeuvre de politiques et de programmes qui répondent aux besoins spécifiques de la clientèle et du personnel féminin du Ministère et de son réseau. De même, il collabore à la réalisation du plan d'action gouvernemental en matière de condition féminine dont la coordination est assurée par le Secrétariat à la condition féminine.

Au cours de l'année 1989-1990, le Service à la condition féminine a maintenu ses activités en matière d'accès à l'égalité en emploi pour les femmes dans les établissements du réseau. Il a participé activement aux dossiers de la violence, des toxicomanies, de la santé mentale et physique, des sages-femmes, des nouvelles technologies de reproduction, à la périnatalité et à la planification des naissances en fournissant des expertises et en collaborant aux travaux de comités de travail, aviseurs ou consultatifs.

Le Service a complété la production d'une monographie portant sur la santé des femmes à partir des données de l'enquête Santé-Québec et a participé au Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé des femmes.

Enfin, le Service a réalisé des activités à l'intention du personnel du Ministère de Québec et de Montréal lors de la Journée internationale des femmes et a répondu à de nombreuses demandes d'information et de référence.

2.6 Le service juridique

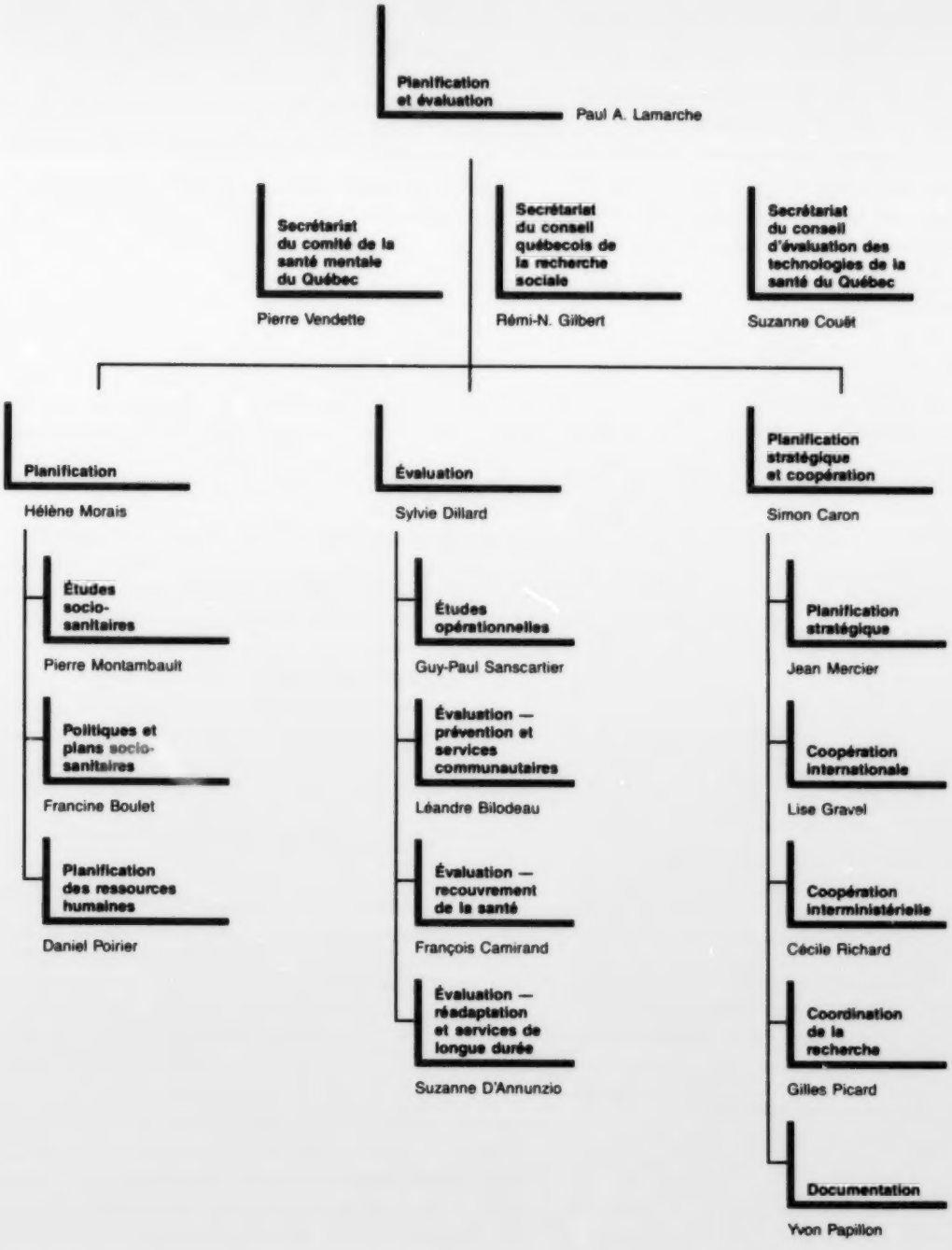
Relevant du ministère de la Justice, le Service juridique est responsable de l'élaboration des lois et des règlements relevant du Ministère. Il agit à titre de conseiller juridique auprès des autorités du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux et procède à la rédaction d'actes juridiques.

2.7 La comptabilité

La Direction de la comptabilité représente le Contrôleur des finances. Les fonctions de cette direction consistent à tenir la comptabilité du Ministère, certifier la disponibilité budgétaire et enregistrer les engagements. Elle vérifie la légalité, la conformité et la régularité des dépenses et conseille le Ministère sur les questions d'ordre budgétaire, comptable et financier et s'assure également de l'application des lois, règlements et directives émis par les organismes centraux.

Enfin, la direction participe à l'élaboration et voit à l'application des protocoles d'entente intervenus entre le Contrôleur des finances et le Ministère.

3.0 Les directions générales



3.1 La planification et l'évaluation

La Direction générale de la planification et de l'évaluation est une direction fonctionnelle qui a d'abord un rôle de planification et d'évaluation du domaine de la santé et des services sociaux. Elle a aussi un rôle de soutien à l'action des directions générales réseau. Elle a pour fonctions principales :

- de clarifier la mission, le rôle et les priorités du Ministère;
- de proposer les orientations, les politiques et les plans d'action visant leur réalisation;
- de veiller à l'évaluation périodique des stratégies et programmes;
- de veiller à l'orientation et à la coordination de la recherche dans le champ d'intervention du Ministère;
- de coordonner les activités de coopération internationale et interministérielle, de fournir les services de documentation et d'administrer les activités afférentes à la Loi d'accès à l'information et à la Loi sur les archives.

La Direction générale de la planification et de l'évaluation a pour objectifs :

- de permettre le développement d'une véritable préoccupation de la planification afin d'être plus en mesure d'orienter les activités du réseau à moyen et à long termes;
- de développer une expertise et une masse critique nécessaires à l'établissement de la position stratégique du Ministère face aux problèmes auxquels le Québec sera confronté d'ici l'an 2000;
- de permettre une meilleure intégration entre la santé et les services sociaux par le développement d'approches et de stratégies incluant ces deux dimensions complémentaires;
- de faire en sorte de mieux évaluer les résultats obtenus pour répondre adéquatement aux problèmes actuels et à ceux qui se poseront éventuellement.

3.1.1 Des études socio sanitaires

Parmi les différents travaux menés dans le secteur des études socio-sanitaires, un certain nombre ont connu leur aboutissement en termes de diffusion ou d'aide à la décision. Il s'agit entre autres de :

- ***L'analyse géographique des données de l'enquête Santé Québec : La santé à la carte :*** cette étude est une exploration géographique de l'enquête Santé Québec réalisée en 1987, dont l'objectif principal était de fournir certaines statistiques de base sur l'état de santé des Québécois. ***La santé à la carte*** propose une analyse basée sur deux systèmes d'unités géographiques : un système administratif d'abord, qui comprend les régions socio sanitaires et les territoires de Départements de santé communautaire et un système d'aires homogènes (ou aires sociales) qui, comme son nom l'indique, recouvre des populations dont les conditions géographiques et socio- économiques sont relativement homogènes. Ce portrait géographique de la santé au Québec est un ouvrage très révélateur des écarts à corriger et servira d'outil majeur à l'élaboration de la Politique de santé et de bien-être.
- ***L'analyse des problèmes sociaux rapportés par un tiers :*** cette étude se situe dans la poursuite des réflexions sur l'enquête Santé Québec de 1987. Rappelons que Santé Québec faisait figure de pionnier dans l'exploration de certaines données (par exemple, l'impact de l'état de santé sur les rôles sociaux) et de certaines méthodologies, dont celle qui fait l'objet de cette étude : l'évaluation par des tiers des problèmes sociaux sujets au déni. Cette approche a fait l'objet d'un bref chapitre dans le rapport de l'enquête. Il a toutefois semblé pertinent, dans la mesure où il s'agissait d'une approche exploratoire, d'en poursuivre la critique et la validation, de vérifier l'intérêt des résultats obtenus et de faire certaines mises en garde sur leur interprétation.
- ***L'analyse des faits saillants de deux sondages sur la pauvreté*** : il s'agit de l'analyse des données de deux sondages conçus pour la tenue du forum « Les inégalités socio-économiques et la santé. Comment agir ? » qui a eu lieu en novembre 1989.

3.1.2 La planification des ressources humaines

Au cours de l'année 1989-1990, les principales réalisations en planification des ressources humaines ont porté sur les effectifs médicaux et la main-d'oeuvre en réadaptation fonctionnelle.

La Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, sous la responsabilité de la Direction générale du recouvrement de la santé, et le Comité du suivi à la table de concertation ont poursuivi leurs travaux. Rappelons que cette table a été créée en juin 1986. Elle doit être l'instrument privilégié pour favoriser des discussions franches sur la politique de main-d'oeuvre médicale au Québec.

En mai 1989, le Conseil des ministres adoptait une politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine. Les paramètres spécifiques de cette politique s'appliquaient aux nouvelles inscriptions dans les programmes de doctorat en médecine pour 1989-1990 et aux places rémunérées de résidence en médecine de 1989-1990 à 1991-1992.

La politique triennale prévoit 575 nouvelles inscriptions dans les programmes de doctorat en 1989-1990 dont 481 places réservées aux étudiants québécois. Elle prévoit également pour 1989-1990, 1990-1991 et 1991-1992 respectivement 548, 550 et 559 nouvelles places de résidence en médecine incluant pour chacune de ces années 325 places de résidence en spécialité, dont 70 réservées exclusivement pour l'ensemble des régions non universitaires.

La planification amorcée en septembre 1988 par les trois groupes de travail formés pour évaluer les besoins de main-d'oeuvre en réadaptation fonctionnelle (physiothérapie et techniques de réadaptation, orthophonie et audiologie, ergothérapie) s'est poursuivie. Chaque groupe a déposé un rapport faisant état de la situation et une estimation de l'offre et de la demande de services jusqu'en l'an 2002.

À la suite des recommandations de l'étude sur la main-d'oeuvre en ergothérapie au Québec, les admissions dans les programmes universitaires ont été augmentées dans un premier temps de 30 places en septembre 1989 alors qu'une augmentation subséquente de 25 places est prévue pour septembre 1990.

3.1.3 Des politiques et des plans socio sanitaires

L'abus à l'endroit des personnes âgées

En mai 1987, madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux confiait à un comité le mandat de faire le point sur la situation des abus exercés à l'endroit des personnes âgées. Ce comité était composé majoritairement de personnes de l'extérieur du Ministère, que la situation des personnes âgées concerne.

Le rapport de ce comité, rendu public en septembre 1989, tente de comprendre les causes des situations d'abus et de proposer les meilleurs moyens de les prévenir et de les contrer. Le comité est d'avis que tout le phénomène des abus envers les personnes âgées doit mener à un questionnement social sur le vieillissement.

L'affectation des ressources

Depuis 1986, le Ministère utilise, pour répartir les crédits de développement entre les régions, une méthodologie qui vise un objectif d'équité. Cette approche est maintenant centrée sur la population et ses besoins plutôt que sur les producteurs de services.

Cette méthodologie a été utilisée pour répartir les budgets de développement 1989-1990 dans les programmes en santé mentale et chez les jeunes en difficulté ainsi que les budgets de développement 1990-1991 pour les programmes aux personnes en perte d'autonomie.

Des travaux ont aussi été entrepris pour modifier en profondeur la notion de programmes de santé et de services sociaux selon l'approche basée sur la population et ses caractéristiques plutôt que sur les producteurs et leurs caractéristiques.

Le développement des ressources institutionnelles

Le Ministère a entrepris l'examen des normes de développement dont il dispose. Ces normes, dont certaines datent de plusieurs années, servent à établir un besoin théorique en lits/places pour des soins de courte et de longue durées et d'hébergement. Dans ce contexte, des travaux visant la validation des normes et leur mise à jour sont entrepris.

Par ailleurs, le Ministère a procédé à l'application de ces normes à des projections de population pour les années 1991, 1996 et 2001, d'abord sur une base régionale, puis sur une base sous-régionale. Aux fins de ces travaux, un inventaire consolidé des ressources (lits/places) en soins de courte durée, en soins prolongés et en hébergement a été constitué. Le bilan obtenu met en évidence l'écart qui existe entre les places requises selon les normes et les places disponibles.

La périnatalité

Le Ministère a diffusé cinq avis en périnatalité portant plus précisément sur la pratique des sages-femmes, la grossesse en milieu défavorisé, la grossesse à l'adolescence, la mortalité et la morbidité périnatales et infantiles, la période postnatale. Quatre de ces avis ont été élaborés par le personnel des départements de santé communautaire.

Les travaux menés au Ministère sur la pratique des sages-femmes ont donné lieu au dépôt, à l'Assemblée nationale, des Projets de loi 156 et 4. Ces projets, identiques quant à leur contenu, visent à permettre la pratique des sages-femmes à l'intérieur de projets pilotes. La Commission des Affaires sociales a étudié en décembre 1989 les 30 mémoires qui lui ont été soumis. Le libellé du projet de loi a été substantiellement amendé à la suite de ces travaux et la loi a été adoptée le 22 juin 1990.

3.1.4 Des études et des recherches évaluatives

Dans le domaine des urgences, un bilan de l'évolution de la situation et de l'efficacité du plan des mesures, accompagné de recommandations, a été produit. Il a permis de justifier la position du Ministère vis-à-vis du dossier de l'engorgement des urgences.

Les travaux relatifs au programme d'évaluation sur le processus de réponse aux besoins à long terme

des personnes âgées en perte d'autonomie se sont poursuivis. Ils ont donné lieu à la production de deux ouvrages : un bilan des connaissances sur les aidants naturels et les liens avec le réseau formel de services ainsi qu'une étude sur les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission.

La question des toxicomanies a également retenu l'attention. Deux revues de littérature évaluatives dont l'une porte sur la prévention et l'autre sur la réadaptation ont été amorcées. D'autres domaines ont vu le démarrage de programmes d'évaluation d'envergure soit celui des jeunes en difficulté et celui du plan d'action du Ministère contre le sida.

De plus, le démarrage et le suivi de recherches évaluatives subventionnées ont été assurés. Il s'agit d'une recherche évaluative sur l'impact de la désinstitutionnalisation à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, d'une recherche évaluative sur la qualité de vie et l'intégration sociale en déficience intellectuelle, de l'évaluation du programme S.I.M.A.D. (services intensifs de maintien à domicile), de l'évaluation des ressources d'hébergement pour sidéens, d'un bilan de l'état de la recherche sur le sida au Québec et d'une enquête sur les attitudes et comportements des jeunes vis-à-vis cette maladie.

3.1.5 Le monitorage et l'instrumentation

Des efforts constants ont été fournis dans le développement, le maintien et l'amélioration des systèmes de monitorage, s'appliquant soit au système de services de santé et de services sociaux dans son ensemble, soit à certains programmes, secteurs, problèmes ou clientèles cibles.

Dans la collection « Données statistiques et indicateurs » ont paru : ***Engorgement des urgences : portrait statistique récent et données évolutives, Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale de 1979-80 à 1988-89, Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec 1987***. Est paru également, cette fois dans la collection Méthodologie, le document intitulé ***S.I.F.O. système d'information financière et opérationnelle***. De plus, le Ministère a continué d'assumer sa co-responsabilité pour la production de ***Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec***.

D'autres études ou analyses entreprises mèneront à court terme à des publications. L'une d'elles porte sur l'évolution comparée des dépenses de santé Québec-Ontario; une autre fait des projections démographiques par région socio sanitaire, territoire de D.S.C. et territoire de C.L.S.C. La mise à jour de la base de données S.I.F.O. a été effectuée et un document statistique présentant différents indicateurs financiers et opérationnels par structure d'activité pour la période 1981-1982 à 1988-1989 est en cours d'édition.

Certains programmes, secteurs, problèmes ou clientèles cibles ont également retenu l'attention et ont nécessité l'investissement d'efforts importants. Ce fut le cas des personnes âgées, des jeunes en difficulté et du secteur des soins hospitaliers de courte durée. Une étude sur l'évolution de la consommation d'alcool au Québec a aussi été produite.

Enfin, des travaux ont été effectués pour développer, implanter et piloter le nouveau système d'information M-22 qui gère le découpage territorial du Ministère.

3.1.6 La planification stratégique

À la suite de la nomination d'un nouveau titulaire à la Santé et aux Services sociaux, deux réalisations importantes ont caractérisé l'action ministérielle en matière de planification stratégique en 1989-1990 : une évaluation stratégique des enjeux et des avenues de solution aux problèmes du secteur et le support analytique entourant la consultation générale menée en commission parlementaire en marge de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

L'entrée en fonction d'un nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, en octobre 1989, a en effet permis au Ministère de préciser les caractéristiques et les enjeux du système. Il a permis aussi d'identifier les principaux problèmes et de dégager, à la lumière du diagnostic posé, un certain nombre d'avenues touchant non seulement la solution de problèmes à court terme mais aussi le fonctionnement et le financement du système dans son évolution future.

De plus, afin de tenir compte des points de vue de la population et des intervenants du système de la santé et des services sociaux à l'avant-dernière étape de l'élaboration de la Réforme des services de santé et des services sociaux, le Ministère a notamment réalisé une analyse thématique stratégique de l'ensemble des mémoires déposés à la Commission permanente des affaires sociales.

3.1.7 La coordination de la recherche

Le budget de la recherche s'est élevé à 34 971 900 $ en 1989-1990. De ce montant, le Fonds de la recherche en santé du Québec a reçu 30 990 600 $, le Conseil québécois de la recherche sociale 3 314 400 $ et les autres activités de recherche 666 900 $. À ces sommes s'ajoute également un budget de 250 000 $ réservé à des recherches évaluatives sur le sida.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.) et le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.) sont des organismes relevant du Ministre. On trouvera dans la section du rapport annuel relatif à ces organismes des précisions additionnelles sur leurs activités.

L'exercice financier 1989-1990 a favorisé le développement de domaines prioritaires de recherche par un ajout financier de 3 121 500 $ avant indexation. C'est le secteur de la recherche sociale qui en a le plus bénéficié puisque le budget qui lui a été affecté a augmenté de 51,6 % comparativement à 9,4 % pour celui de la recherche en santé. Les ajouts de crédits pour la recherche sur le sida ont été de 1 300 000 $ et pour la recherche en santé mentale de 521 500 $. Par ailleurs, deux domaines nouveaux de recherche ont été créés : l'évaluation des technologies de la santé avec un budget de 300 000 $ et la recherche pharmaceutique qui a disposé d'un budget de 1 000 000 $.

À ces développements, il faut ajouter la création de deux consortiums de recherche en réadaptation réunissant respectivement les centres de recherche de la région de Québec et de la région de Montréal. Ces consortiums sont le fruit d'une politique élaborée par le F.R.S.Q. conjointement avec le Ministère. Leur infrastructure est financée par le F.R.S.Q.

Dans le domaine des immobilisations des centres et instituts de recherche, plusieurs projets totalisant des travaux de 22 000 000 $ se sont concrétisés en 1989-1990 : la construction d'une nouvelle aile à l'Institut de recherches cliniques de Montréal; l'aménagement d'un nouveau laboratoire en génétique moléculaire au Centre hospitalier Robert-Giffard; le déménagement de l'animalerie et la phase I de l'aménagement de nouveaux laboratoires de recherche à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. De plus, six autres projets d'immobilisations au coût total de 31 500 000 $ ont été analysés et leur réalisation est attendue ultérieurement.

Comme par les années passées, les relations avec le F.R.S.Q. et le C.Q.R.S. ont été intenses. Plusieurs dossiers communs avec le Ministère ont été poursuivis, notamment la conclusion du programme commun F.R.S.Q.-C.Q.R.S. de recherche en santé mentale, de même que la participation active d'un représentant du Ministère aux conseils d'administration des deux organismes.

Au plan multisectoriel, il faut mentionner la participation à un comité interministériel rattaché au Secrétariat du Fonds de développement technologique ainsi que la préparation d'un dossier qui a permis au ministre des Finances d'annoncer, dans le Discours du Budget 1989-1990, que dorénavant on accordera aux entreprises un crédit d'impôt remboursable de 40 % des dépenses totales de recherche et développement. Ces dépenses devront avoir été effectuées dans les centres et instituts de recherche du réseau de la santé au Québec.

Enfin, le Ministère a maintenu des relations actives avec les organismes subventionnaires fédéraux et a participé à des comités de travail, en plus d'avoir effectué l'évaluation de la pertinence de plus de 350 projets de recherche provenant de chercheurs québécois et présentés dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (P.N.R.D.S.).

3.1.8 La coopération internationale

Dans le secteur de la coopération internationale, le ministère de la Santé et des Services sociaux a organisé environ 80 missions. En fait, il a reçu au-delà de 40 délégations étrangères et a préparé environ le même nombre de séjours pour des missions d'information et des congrès scientifiques à l'extérieur du Québec.

De plus, le Ministère a participé à la 41^{e} Assemblée annuelle de l'Organisation mondiale de la santé à Genève en mai 1989 et, en septembre, au Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé pour une quatrième année consécutive.

Enfin, du 22 au 26 mai 1989, se tenait pour la première fois au Québec la réunion des pays de la sous-région des Amériques, portant sur les systèmes locaux de santé (S.I.L.O.S.) et organisée conjointement avec l'Organisation panaméricaine de la santé et le gouvernement fédéral.

3.1.9 La coopération interministérielle

Dans le secteur de la coopération interministérielle, le ministère de la Santé et des Services sociaux a participé à la préparation et au suivi de deux sommets socio-économiques régionaux, soit ceux des régions Mauricie/Bois-Francs/Drummond et Chaudière-Appalaches et de deux conférences biennales, celles de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Montérégie.

En collaboration avec Radio-Québec, le Ministère a participé, pour la deuxième année, à la réalisation et à la production de la série télévisée éducative « C'est la vie », destinée au troisième âge.

Enfin, il a financièrement participé, également pour une deuxième année, à la production de la série « Comment ça va ? », émissions hebdomadaires axées sur la promotion de la santé et diffusées sur les ondes de Radio-Canada.

3.1.10 La gestion documentaire

Au cours de l'année écoulée, le Service de la documentation a répondu, entre autres, à 22 577 demandes (volumes, rapports, périodiques, dossiers documentaires, etc.), ce qui représente une augmentation de 5 % par rapport à l'an dernier. De plus, environ 2 500 personnes ont consulté sur place les fonds documentaires disponibles au Centre de documentation du Ministère tant à Québec qu'à la succursale de Montréal. Le Service a également produit un recueil des discours officiels du M.S.S.S., un répertoire signalant l'ensemble de ses périodiques, de même qu'une nouvelle édition du calendrier de conservation des documents du M.S.S.S. De plus, le Service a poursuivi sa participation au projet pilote d'informatisation des bibliothèques gouvernementales.

Le Service de la documentation a répondu à 453 demandes reliées à l'implantation du système de gestion des documents dans les différentes unités administratives du Ministère. Un nombre de 238 demandes d'accès à des dossiers de bénéficiaires ayant déjà reçu
des services dans des établissements du réseau qui ont fermé leurs portes ou changé de vocation, ont fait l'objet de l'attention du Ministère. En conformité avec le calendrier de conservation des documents du Ministère, 1 730 boîtes de documents inactifs ont été, soit éliminés, soit microfilmés, soit versés aux Archives nationales du Québec ou soit réactivés.

3.1.11 L'accès à l'information

Le responsable ministériel de l'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1), a dû répondre, entre autres, à 86 demandes formelles d'accès à des documents ou à des renseignements personnels détenus par le Ministère, à dix-huit demandes d'accès à des fichiers de renseignements nominatifs utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique, à trois demandes d'élaboration de protocoles d'entente, d'échange de renseignements personnels entre organismes publics, à deux demandes de déclaration de fichier de renseignements personnels et, enfin, à 84 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la loi. De plus, les décisions du responsable ministériel de l'accès à l'information n'ont été l'objet que de deux appels auprès de la Commission d'accès à l'information.

* Par intérim

3.2 La prévention et les services communautaires

La Direction générale de la prévention et des services communautaires assure la conception et la mise en oeuvre de programmes de prévention, de promotion de la santé, de protection de la santé publique, de maintien à domicile et de services à la communauté, à la famille et à la jeunesse. Elle assure les liaisons auprès des départements de santé communautaire, des centres locaux de services communautaires, des centres de services sociaux, des centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs, des centres pour jeunes mères en difficulté et des organismes communautaires.

Les objectifs de la Direction générale de la prévention et des services communautaires sont d'assurer la coordination des directions et des activités de

la Direction générale afin que la mise en oeuvre de programmes et de politiques soit conforme aux orientations des plans d'action ministériels, de favoriser la conception et le développement de programmes ou mesures jugés prioritaires, d'assurer la réalisation des mandats de chacune des directions et de favoriser la concertation des partenaires, tant internes qu'externes afin d'atteindre les objectifs fixés par le Ministre.

3.2.1 La promotion de la santé

La promotion de la santé s'adresse aux déterminants de la santé plutôt qu'aux facteurs de risque de maladie. Elle cherche par l'information et le soutien, à améliorer la santé individuelle et collective en renforçant chez les personnes et la communauté, le contrôle positif qu'elles exercent sur leur santé.

Au cours de l'année 1989-1990, deux cahiers thématiques ont été réalisés en Promotion de la santé : ***L'intervention éducative pour la promotion de la santé au travail*** et ***La promotion de la santé : une perspective, une pratique***.

Des sessions de formation ont été dispensées en vue de procéder à l'implantation de la politique alimentaire mise sur pied en 1988-1989.

Le projet pilote d'aide alimentaire aux femmes enceintes de milieux défavorisés continue son cours. Il sera l'objet d'une évaluation en 1990-1991.

Le Ministère a participé, avec l'équipe de Santé Québec, à l'élaboration des travaux d'une enquête sur la nutrition prévue au cours de l'année 1990-1991.

Dans le cadre du programme de la fluoration de l'eau potable, environ 8,4 % de la population du Québec, répartie dans 40 municipalités, a présentement accès à de l'eau fluorée.

Le Ministère collabore toujours avec le ministère de l'Environnement en vue d'une application plus stricte de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics. Dans le secteur de la santé du coeur et de la prévention des maladies cardio-vasculaires, le Ministère a continué ses activités en 1989-1990 avec la Fondation des maladies du coeur du Québec et le gouvernement du Canada en ce qui a trait respectivement à l'hypertension artérielle et à l'hypercholestérolémie.

Le Ministère s'est associé au réseau des départements de santé communautaire dans l'organisation d'un forum en santé cardio-vasculaire. De plus, la planification de l'enquête sur les facteurs prédisposants a été mise en place grâce aux travaux de l'équipe Santé Québec. Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (P.N.R.D.S.) y a injecté 176 900 $ et le Ministère y contribue pour un montant de 200 000 $. Il continue également à participer à l'initiative fédérale-provinciale en santé du coeur en ce qui concerne le volet intervention.

Au chapitre de l'hypercholestérolémie, le Québec a également été présent dans les travaux du Comité fédéral-provincial sur le contrôle et la prévention des maladies cardio-vasculaires qui a pour mandat de définir une stratégie nationale face au cholestérol.

En mai 1990, un colloque fut organisé dans le cadre du programme de subventions en santé communautaire, lequel programme accorde 2 200 000 $ pour les recherches ou interventions axées sur les priorités ministérielles.

Pour la deuxième année, le Ministère a contribué financièrement à la coordination du projet « Villes et villages en santé ». De plus, une subvention de 100 000 $ a été octroyée pour l'évaluation de ce projet.

Par ailleurs, le Ministère et le réseau des départements de santé communautaire collaborent avec le ministère Loisir, Chasse et Pêche à la réalisation du programme Kino-Québec (promotion d'un mode de vie physiquement actif).

3.2.2 La protection de la santé publique

En 1989-1990, l'application d'un protocole d'entente entre le Ministère et celui de l'Environnement a permis une meilleure concertation des deux parties dans les dossiers où l'environnement et la santé des populations sont liés. À titre d'exemples, mentionnons le radon, les déchets biomédicaux, les déchets dangereux, l'eau potable, l'utilisation des pesticides et la qualité de l'air.

De plus, le Ministère, en collaboration avec le réseau des départements de santé communautaire, a fourni au ministère de l'Environnement des avis sur l'impact que subit la santé, des projets industriels soumis à la réglementation.

Quelques projets de recherche ont été financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en santé environnementale en relation avec l'exposition humaine aux polluants dont le plomb, le cadmium, les B.P.C. et le mercure.

En outre, le Ministère préside un comité interministériel sur l'impact des lignes électriques à haute tension sur la santé.

En matière de maladies infectieuses, les activités ont porté principalement sur la lutte contre une importante épidémie de rougeole, sur la campagne de communication en matière de maladies transmises sexuellement et sur l'implantation d'un nouveau système informatisé de surveillance des maladies à déclaration obligatoire.

Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de la Santé et des Services sociaux a convenu, au cours de l'année, d'une entente avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (C.S.S.T.) en vue de déterminer les responsabilités des deux parties en matière de programmes de santé au travail et d'arrêter un mécanisme de concertation.

Enfin, le Ministère a procédé à une réorganisation des ressources du réseau public en santé au travail. En parallèle, un contrat type se négocie entre le Ministère et la C.S.S.T. aux fins de la mise en application des programmes de santé dans toutes les régions administratives du Québec.

3.2.3 Le programme de maintien à domicile

En 1989-1990, des crédits additionnels de l'ordre de 7 200 000 $ ont été consentis aux C.L.S.C. pour consolider les services à domicile réguliers ainsi que les services intensifs de maintien à domicile.

D'autre part, de concert avec l'Office des personnes handicapées du Québec, le Ministère a procédé, le 1er juillet 1989, au transfert du programme de services d'aide à domicile pour les personnes handicapées. Les Conseils de la santé et des services sociaux pourront transférer la gestion de ce programme aux C.L.S.C. à partir du 1er avril 1991. Ceux-ci participent largement à la prise de contact, à l'évaluation et au suivi des besoins des bénéficiaires.

3.2.4 Les familles d'accueil

Le plan d'action, élaboré au cours de l'année 1988-1989 et qui avait comme objectif de résoudre les différents problèmes notés dans l'actualisation de ce programme, a connu sa conclusion en 1989-1990, par la présentation d'un mémoire au Conseil des ministres. Ce document proposait un certain nombre de solutions aux difficultés soulevées dans le plan d'action.

D'autre part, une tournée de la plupart des régions du Québec, au cours de l'automne 1989, a permis de constater que la situation dans ce dossier se détériorait rapidement et que, indépendemment des modifications au mémoire déjà présenté, des mesures radicales s'imposaient. Ce qui a suscité l'annonce, par le Ministre, d'un moratoire sur le fonctionnement et le développement du réseau le 15 décembre 1989.

Cette réalité a rendu nécessaire le retrait du mémoire déposé au Conseil des ministres. Un nouveau document a été élaboré et les mesures qu'il contient devraient être mises en place au cours des premiers mois de l'année 1990-1991.

3.2.5 Le programme en santé mentale dans les C.L.S.C.

Dans le cadre de l'actualisation de la politique de santé mentale, le Ministère a produit une série d'instruments de travail à l'intention des conseils régionaux, afin de les soutenir dans la réalisation du mandat de planification régionale des services en santé mentale qui leur est confié.

Un de ces instruments a porté sur la santé mentale dans les centres locaux de services communautaires, à titre d'éléments de réflexion sur certaines composantes de la gamme de services qui pourraient être offerts en C.L.S.C. ainsi que la perspective du partenariat qui doit sous-tendre l'organisation de ces services.

3.2.6 Les programmes à la jeunesse

Dans le secteur des jeunes en difficulté, le Ministère a fait porter son action principalement sur la consolidation des services de protection de la jeunesse, ainsi que sur l'amélioration des pratiques dans le secteur de la réadaptation.

Afin de préciser ce qu'est l'intervention en centre d'accueil, le Ministère a rendu public le « Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ».

Ce document vient définir les balises des services de réadaptation en conformité avec les diverses lois pour les jeunes : la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur les jeunes contrevenants ainsi que la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Il présente les déterminants et les dimensions importantes de l'intervention de réadaptation et il fixe certaines modalités dont les centres de réadaptation doivent tenir compte dans la réalisation de leurs mandats.

Pour remédier à des situations difficiles vécues dans quelques établissements, le Ministère a produit deux protocoles. Le premier, intitulé « Protocole sur les garanties minimales de protection à assurer aux jeunes en difficulté d'adaptation du réseau des centres de réadaptation », propose à ces établissements des mesures pour prévenir et corriger tous les types de conduite inacceptable à l'endroit des jeunes.

Le second, intitulé « Protocole d'intervention intersectorielle dans les situations d'abus sexuels institutionnels », a été réalisé en collaboration b avec les ministères de la Justice et de la Sécurité publique. Il établit la ligne d'action des divers secteurs d'intervention pour une meilleure concertation lorsque ces situations font l'objet de mesures judiciaires.

Le Ministère a fait connaître à l'ensemble des établissements ayant des responsabilités à l'endroit des jeunes sa préoccupation d'assurer à ces jeunes qui leur sont confiés, toute la protection requise et les a incités à se doter de règles d'intervention inspirées de ces deux protocoles.

En ce qui concerne le partage des coûts entre les gouvernements fédéral et provincial pour les services dispensés par les centres de réadaptation, et reconnus par les lois sur la protection de la jeunesse et sur les jeunes contrevenants, le Ministère a émis une directive aux établissements afin de placer les jeunes selon chacune des lois. Ces exigences ont permis de mieux répondre aux règles établies par le Régime d'assistance publique du Canada en ce qui a trait au financement de ces services.

Deux législations fédérales ont suscité beaucoup d'engagement professionnel au cours de l'année. Le Bill C-15 autorisant la production en preuve de témoignages sur ruban magnétoscopique dans les poursuites contre les personnes accusées d'abus sexuels d'enfants, a nécessité la tenue d'une formation clinique très spécialisée des intervenants sociaux.

D'autre part, la Loi sur les jeunes contrevenants fait l'objet de propositions d'amendements qui mobilisent des groupes de travail interprovinciaux et provoquent des cueillettes d'informations ponctuelles.

Durant la dernière année, de nombreux échanges ont eu lieu avec le ministère de l'Éducation afin d'établir une entente portant sur les services à l'intention des jeunes, handicapés ou en difficulté d'adaptation, d'âge scolaire.

Cette entente, qui définit les responsabilités et les mécanismes de coordination à établir entre les deux réseaux visés, devrait être ratifiée en 1990-1991 par les ministères responsables.

Le Ministère a aussi procédé à une opération de suivi systématique auprès des Centres de services sociaux afin de réduire le nombre de situations d'enfants en attente de services, à la protection de la jeunesse. À cette fin, des rencontres ont eu lieu afin de dégager un plan de mesures et d'identifier des moyens pour prévenir cette situation. Des gains ont de plus été réalisés au niveau de la concertation régionale et de l'implication des partenaires sociaux pour résoudre cette problématique d'accessibilité des services.

Les Conseils régionaux ont disposé d'une enveloppe de 1 408 600 $ afin de prendre des mesures sur la prise en charge et expérimenter des projets novateurs favorisant la concertation inter établissements.

L'implantation des recommandations du Rapport Harvey, concernant l'analyse des étapes de réception et de traitement des signalements, d'évaluation et d'orientation, s'est poursuivie dans les Centres de services sociaux au cours de l'année. Une attention spéciale a été portée sur la conception de projets de formation adaptés, devant favoriser l'application des recommandations issues de ce rapport, dans toutes les régions du Québec.

3.2.7 Les organismes communautaires

Dans le domaine du soutien aux organismes communautaires, le Ministère a versé 45 349 320 $ en 1989-1990 à 1 582 organismes, ce qui représente une augmentation substantielle de 6 706 520 $ par rapport à l'année 1988-1989.

De ce fait, 134 nouveaux organismes ont pu bénéficier du programme d'assistance financière du Ministère et ce, dans les secteurs d'intervention suivants :

- sur 230 demandes provenant d'organismes travaillant dans le secteur des services aux femmes en difficulté, 186 se sont partagé 17 050 560 $;
- dans le secteur des services à la jeunesse, 270 organismes sur 316 qui ont déposé une demande ont reçu 14 665 367 $;
- du côté de la promotion et des services à la communauté, le Ministère a octroyé 6 908 145 $ à 597 organismes sur 769 demandeurs;
- en ce qui concerne l'enveloppe accordée au soutien des organismes bénévoles engagés dans le maintien à domicile, elle totalise 6 725 248 $ pour 529 organismes.

Au cours de l'année, le Ministère a reçu 1 845 demandes d'assistance financière et a poursuivi ses travaux dans les domaines suivants :

- la préparation d'un plan d'action concernant l'itinérance dans la région du Grand Montréal;
- l'élaboration du projet de financement des maisons d'hébergement à l'intention des jeunes;
- la publication d'un répertoire d'informations et de références portant sur les organismes communautaires subventionnés par le Ministère en 1989-1990;
- la production, avec la collaboration du Secrétariat à la famille, d'un état de situation des organismes communautaires du secteur de la famille;
- l'évaluation de l'aspect financier des maisons d'hébergement pour femmes violentées avec la participation de l'E.N.A.P. dans le cadre d'un projet d'intervention;
- l'application du test abrégé des besoins auprès de la clientèle des maisons d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté;

— la réalisation d'une tournée provinciale des centres d'aide aux victimes d'agression à caractère sexuel afin d'inventorier leur type d'intervention en vue d'élaborer un cadre normatif de financement.

3.2.8 Les communautés autochtones

Au cours de l'année 1989-1990, les conseils régionaux Kativik (10A) et Cri (10B) ainsi que l'Hôpital Katéri Memorial de Kahnawake se sont vu confier la responsabilité de la gestion d'un budget de formation réseau pour une période de trois ans.

La région 10B a développé un programme d'information/prévention en matière de MTS/SIDA et ce programme a été mis à l'essai, avec succès, dans les écoles du territoire cri.

Sur le plan de la lutte à la toxicomanie, des recherches en régions 10A et 10B ont été faites visant à cerner davantage le problème et à identifier les meilleures stratégies de prévention.

Par ailleurs, le Ministère a continué à investir dans les infrastructures des régions nordiques. Outre la construction et la rénovation de logements destinés au personnel, notons la construction d'une maison de transit à Povungnituk et d'un foyer de groupe pour jeunes mésadaptés socio-affectifs à Mistissini. Des démarches ont été entreprises en vue de la construction de deux dispensaires : l'un à Whapmagoostui et l'autre dans le nouveau village d'Oujé-Bougoumou.

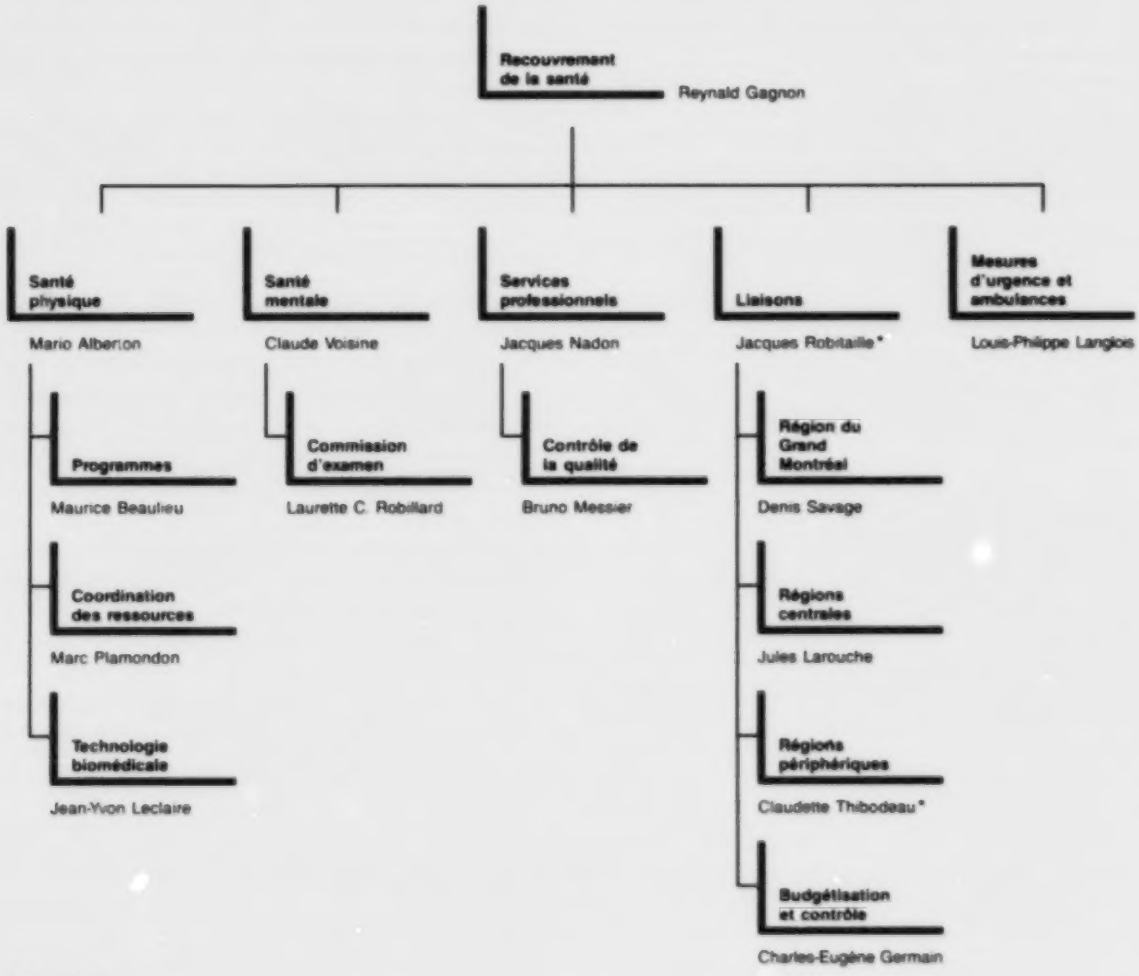
Ailleurs au Québec, le Ministère a confié au Regroupement des centres d'amitié autochtones la responsabilité de partager, entre ses membres, l'enveloppe globale des subventions annuelles qui leur sont accordées.

À Akwesasne, le Ministère a également fourni une subvention à la construction d'une résidence pour personnes âgées et à Mashteuiatsh (Pointe Bleue), il a émis un permis d'opération pour un centre d'accueil d'hébergement autochtone privé autofinancé.

Quant aux services hospitaliers, ceux-ci sont rendus davantage accessibles aux autochtones Montagnais et Attikamek grâce à la présence d'interprètes autochtones financés par le Ministère dans sept hôpitaux et centres de santé.

À Kawawachikamach, un nouveau dispensaire a été inauguré et un plan d'organisation de la dispensation des services de santé et des services sociaux a été mis en place par les Naskapis et les établissements de l'endroit.

Enfin, un projet d'entente visant la prise en charge de l'ensemble de services sociaux par les Mohawks de Kahnawake a reçu l'aval des autorités du Ministère.



* Par intérim

3.3 Le recouvrement de la santé

La Direction générale du recouvrement de la santé a vu son organisation modifiée quelque peu au cours de la dernière année, avec l'arrivée d'un sous-ministre associé à la santé, et de nouvelles responsabilités qui lui ont été confiées. Le Centre québécois de coordination sur le sida et la Direction des mesures d'urgence et ambulances relèvent maintenant de cette direction générale. Les principales fonctions de la Direction générale du recouvrement de la santé sont :

- d'assurer la liaison entre les centres hospitaliers de courte durée et le ministère;
- d'assumer la responsabilité du dossier de la santé mentale;
- d'assurer le suivi des services, des programmes et de la budgétisation auprès des centres hospitaliers de courte durée;
- d'assurer les échanges avec les différentes corporations professionnelles et l'Office des professions du Québec;
- de participer aux orientations, à la préparation, aux négociations avec les différentes fédérations et associations professionnelles;
- de participer aux échanges entre le Conseil consultatif de pharmacologie et le Ministère.

Le Centre québécois de coordination sur le sida a pour principales fonctions de coordonner les mesures et programmes de lutte contre le sida et d'assurer leur mise en oeuvre de manière efficace. Le Centre québécois de coordination sur le sida relève de l'autorité du sous-ministre associé à la santé.

La Direction générale du recouvrement de la santé a pour objectif :

— de mettre en place des programmes afin d'améliorer la santé physique et mentale de la population;

— de permettre de saines relations entre les centres hospitaliers et le Ministère;

— d'améliorer les services dispensés en santé mentale;

— d'établir des relations suivies et continues entre l'Office des professions du Québec et le Ministère concernant les professionnels du domaine de la santé.

Le Centre québécois de coordination sur le sida a pour objectif de mettre en place des programmes d'information et de formation destinés aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et à la population en général avec, comme cible principale, les jeunes en milieu scolaire et hors scolaire.

3.3.1 Le développement des services

Le développement et la coordination des services de santé physique ont continué d'exiger la mise à jour des normes existantes et l'élaboration d'outils de travail additionnels qui permettent cette double action. La préoccupation d'une approche régionale, orientée vers l'équilibre besoins-ressources, a présidé à l'analyse des projets de développement soumis au Ministère par le réseau des centres hospitaliers de soins de courte durée.

Quelques dossiers d'envergure provinciale ont été à l'origine de travaux plus élaborés. L'hébergement de type hôtellerie pour les clientèles des régions périphériques, les services aux stomisés permanents, les centres de jour pour diabétiques, la chirurgie à des fins de transsexualisme, la cardiologie tertiaire, la transplantation d'organes, les services préhospitaliers d'urgence, la traumatologie et la néonatologie sont au nombre de ces dossiers pour lesquels des orientations et des recommandations ont été soumises aux autorités ministérielles.

D'autres travaux ont été menés sur différents sujets comme la planification des naissances, les services de courte durée en périnatalité, les nouvelles technologies de la reproduction et diverses alternatives de services à l'hospitalisation de courte durée.

Par ailleurs, le développement et l'implantation des services gériatriques tels les unités de courte durée gériatriques, les services ambulatoires de consultation gériatrique et les unités de réadaptation de moyen séjour se sont poursuivis tout au long de l'année. Enfin, l'évaluation des équipes ambulatoires en psychogériatrie est commencée et le rapport final sera soumis à l'automne 1990.

3.3.2 La technologie biomédicale

Dans le domaine de la technologie biomédicale, plusieurs dossiers ont retenu l'attention, dont les besoins reliés :

— au rehaussement de l'équipement médical spécialisé;

— à l'équipement médical nécessaire à l'arrivée et au maintien de la main-d'oeuvre médicale dans les régions éloignées;

— à la haute technologie biomédicale.

De façon particulière, il convient de mentionner l'étude effectuée sur les services tertiaires en cardiologie au Québec. D'autres études ont porté sur la résonnance magnétique, la lithotritie, la tomodensitométrie, la néonatologie et les applications du laser en médecine. Le dossier sur le rehaussement des centres de radiothérapie au Québec a également fait l'objet d'un suivi particulier.

Soulignons également l'étude de plusieurs projets majeurs de développement et de rénovation des établissements de santé, ainsi que la participation aux travaux de différents comités tant nationaux que provinciaux (laboratoires, radiologie).

3.3.3 La santé mentale

L'actualisation de la phase I de la politique de santé mentale s'est amorcée à la suite de sa publication en janvier 1989. Les principales actions qui furent ainsi réalisées en tout ou en partie sont les suivantes :

— élaboration des plans régionaux d'organisation de services par les conseils régionaux : cette démarche a été soutenue par la publication de deux documents d'appui à la planification. De plus, un guide d'approbation des plans régionaux a été complété;

— implantation des différentes mesures relatives au répit des familles, à la protection des droits, au support des organismes d'entraide et à la formation : des enveloppes régionales de développement ont été octroyées à ces fins selon une formule de péréquation basée sur la richesse relative de chaque région;

— lancement d'une campagne nationale d'information et de sensibilisation en santé mentale en mars 1990;

— plan de services individualisé : en mars 1990, était publié un document destiné à en faciliter l'implantation;

— protection des droits : création d'un groupe de travail pour proposer un cadre général qui situe les rôles respectifs des différents éléments compris dans le système de promotion et de défense des droits;

— système d'information en santé mentale : les travaux du comité M.S.S.S.-C.R.S.S.S. ont permis l'élaboration et l'adoption, en janvier 1990, d'un document sur le sujet. Les travaux sur le développement et l'expérimentation du système d'information se poursuivent.

Un protocole de partage des responsabilités entre le M.S.S.S. et le ministère de la Sécurité publique dans les services de santé et les services sociaux pour les personnes contrevenantes était adopté en avril 1989.

Par la suite, une démarche de suivi a permis de mettre l'accent sur deux volets principaux, à savoir : l'information sur le protocole et la définition des besoins dans un secteur d'intervention prioritaire : la santé mentale.

3.3.4 La commission d'examen

La Commission d'examen existe en vertu de l'article 619 du Code criminel. Elle a pour mandat d'examiner périodiquement le cas de chaque personne qui, à la suite d'une accusation portée contre elle, a été déclarée inapte à subir son procès ou reconnue non coupable pour cause d'aliénation mentale.

La Commission d'examen recommande au Lieutenant-gouverneur toutes les mesures possibles pour assurer la réadaptation des personnes qui lui sont confiées tout en protégeant la société. Durant l'année 1989-1990, la Commission d'examen a étudié les cas de 619 personnes, soit 538 hommes et 81 femmes. Cela représente une augmentation d'environ 15 % du volume de dossiers de patients sous ordonnance du Lieutenant-gouverneur.

La Commission d'examen est chargée de diriger un comité de travail et de coordination ayant pour mandat d'analyser les changements législatifs et réglementaires proposés par le gouvernement fédéral dans le cadre du projet de loi sur le désordre mental et d'en évaluer de façon précise les coûts pour le Québec. Les ministères que visent ces amendements participeront à ce comité de travail.

La Commission d'examen est formée de sept membres dont la présidente est madame Laurette Champigny-Robillard. Y siègent également un avocat, maître Guy Parrot, et six psychiatres, les docteurs Jean-Marie Albert, Dominique Bédard, Charles-H. Cahn, Frédérick Grunberg, Jacques Labrie et Jacques Gagnon.

3.3.5 Les relations avec les corporations professionnelles

À la demande de l'Office des professions du Québec, plusieurs avis ont été émis notamment au sujet de la reconnaissance des masseurs, massothérapeutes et orthothérapeutes, des modifications à la Loi des opticiens d'ordonnances, à la Loi des audioprothésistes, à la Loi sur la protection sanitaire des animaux et également des modifications au Code de déontologie des physiothérapeutes. Des avis ont également été émis au sujet du projet de loi modifiant la Loi sur la denturologie et du projet de règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par des hygiénistes dentaires.

Les problèmes de rémunération à honoraires fixes ou à la vacation des dentistes travaillant en établissement ont fait l'objet, en 1989-1990, de nombreuses tractations qui devraient entraîner, dans les prochains mois, la mise en place des correctifs attendus.

La série de mesures incitatives, développées par le Ministère dans le but de favoriser la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire du Québec, est toujours en vigueur. Certaines ont été introduites dans les ententes négociées, d'autres sont prévues soit par décret ou arrêté ministériel.

Depuis l'application de ces mesures, on observe un impact positif sur la répartition géographique des médecins. Toutefois, il faudra attendre le résultat des évaluations en cours avant de fournir des données précises.

À titre d'interlocuteur du Ministère auprès de la Direction des médicaments à Santé et Bien-Être Canada, la Direction générale du recouvrement de la santé a préparé de nombreux avis et commentaires sur les changements réglementaires proposés par le gouvernement fédéral dans la Loi des aliments et drogues, tout en assurant la coordination des interventions de niveau provincial.

3.3.6 Les mesures d'urgence et ambulances

Comme il est fait mention précédemment, cette direction s'est jointe à la Direction générale du recouvrement de la santé au cours de l'année 1989. Les nouvelles orientations privilégiées en matière de transport ambulancier et l'adoption de la Loi 34 le 19 décembre 1988, manifestant la volonté du législateur d'avancer dans l'implantation de soins préhospitaliers d'urgence au Québec, rendaient ces changements nécessaires.

Les activités de l'année se sont donc concentrées dans la démarche d'implantation des grands paramètres fixés par la Loi 34, qui peuvent se résumer de la façon suivante :

— à Montréal, la Corporation d'Urgences-Santé de la région du Grand Montréal a été formée et le nouveau mode de fonctionnement prévu par la loi est en opération depuis le 17 juillet 1989, c'est-à-dire que tous les techniciennes et techniciens ambulanciers ont été intégrés à la Corporation d'Urgences-Santé. Ce fut une opération importante

et complexe puisqu'elle regroupait environ 1 000 personnes, si l'on inclut le personnel à temps partiel et le personnel toute catégorie transféré du conseil régional;

- en province, l'opération était également considérable. Dans un premier temps, il y a eu la stabilisation de l'emploi qui, selon les évaluations du Ministère, permet à plus de 1 100 techniciennes et techniciens d'être rémunérés sur une base permanente;
- dans la majorité des autres régions, cette opération stabilisation de l'emploi a été mise en place à partir du 17 avril 1989;
- un Comité aviseur, formé de représentants de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, de l'Association des médecins d'urgence du Québec, d'un représentant du milieu préhospitalier d'urgence et de représentants du Ministère, a été mandaté pour élaborer un document cadre sur la planification, l'implantation et l'évaluation d'un système de services préhospitaliers au Québec;
- le rapport de ce Comité a été déposé en février 1990 et a été transmis à titre d'instrument de travail à chaque conseil régional et à la Corporation d'Urgences-Santé de la région du Grand Montréal pour alimenter leur réflexion dans l'élaboration de leur plan de services.

3.3.7 Le Centre québécois de coordination sur le sida

Ce centre de coordination est entré officiellement en action en août 1989 à la suite de la recommandation du groupe de travail mis sur pied pour établir la phase II du plan de lutte contre le sida.

Cette deuxième phase du plan d'action comprend une série de mesures regroupées en cinq domaines d'activité.

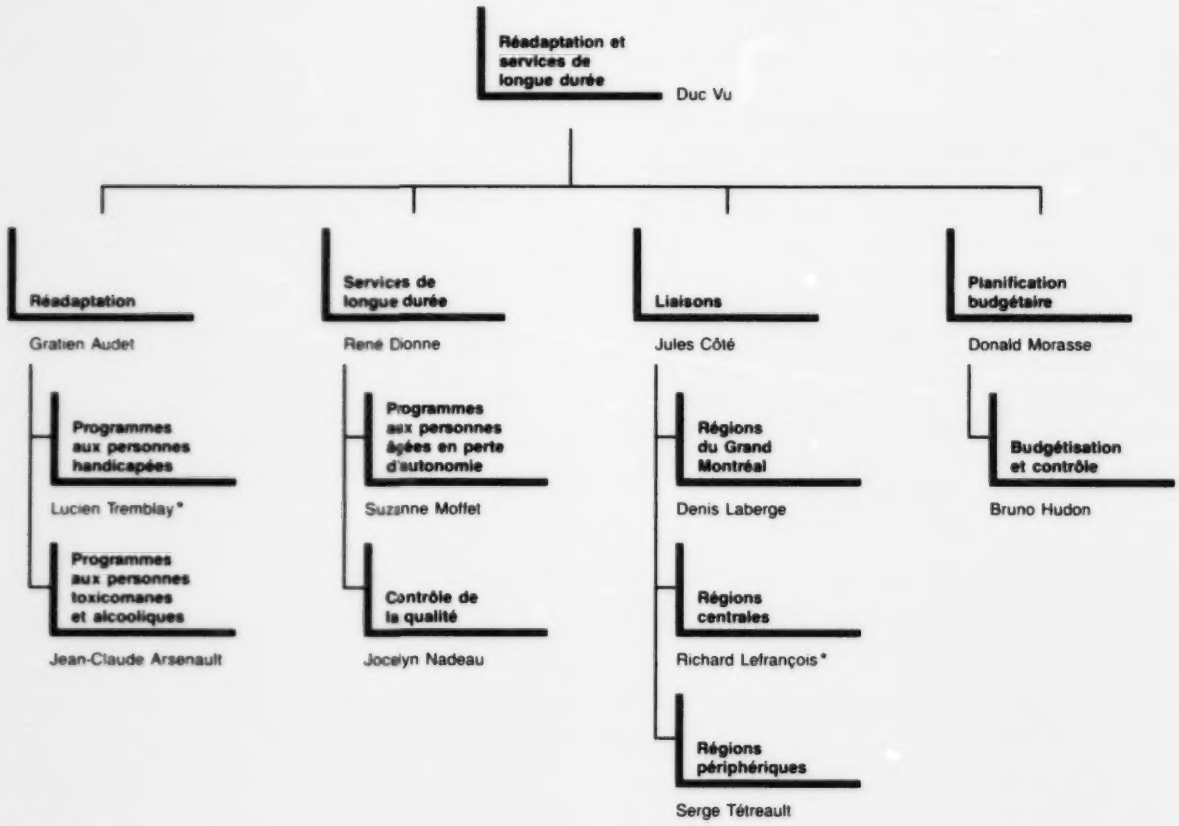
Plus de la moitié des ressources financières investies par le Ministère dans des mesures spéciales de lutte contre le sida est consacrée à la prévention. Le Ministère a ainsi consacré 4 300 000 $ à ce domaine d'activité. Un tel investissement a permis, entre autres, de promouvoir des activités d'éducation et d'information à l'intention du grand public et de clientèles cibles, de mettre de l'avant des programmes d'information et de formation destinés aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, d'offrir un soutien accru aux organismes communautaires s'occupant de personnes atteintes, d'améliorer la disponibilité des services de dépistage et de conseils entourant l'utilisation de tests, de mieux structurer la compilation des cas de sida et, finalement, d'assurer une surveillance et une coordination des enquêtes épidémiologiques entreprises en territoire québécois.

Par ailleurs, deux ententes interministérielles ont été promulguées pour favoriser la prévention du sida. L'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation du Québec définit, d'une part, un programme d'actions conjointes en matière de prévention chez les jeunes d'âge scolaire. Une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère du Travail, concernant l'élaboration d'une politique sur le sida en milieu de travail, prévoit, d'autre part, la constitution d'un mécanisme de concertation et de collaboration entre les deux ministères afin que des moyens concrets de prévention soient proposés en milieux de travail.

En matière de soins hospitaliers, le Ministère a, par-delà les services déjà fournis par son réseau, investi 1 200 000 $ dans la création de centres d'excellence intégrant la recherche et l'enseignement à la prestation de soins et de services.

Le Ministère a également encouragé le développement de services complémentaires aux services déjà offerts en centres hospitaliers. Un montant de 800 000 $ a ainsi permis le développement de ressources légères de soins, de services d'aide à domicile et d'hébergement des personnes touchées par la maladie. Des programmes régionaux d'aide psychosociale aux personnes atteintes et des programmes intensifs de maintien à domicile ont vu le jour. Des montants substantiels ont également été investis dans la recherche biomédicale et psychosociale sur le sida et dans le développement de son infrastructure.

Finalement, la complexité de la problématique du sida et la variété des moyens devant être mis en place pour y faire face exigeaient qu'un organisme central de coordination soit créé pour planifier des actions et assurer leur réalisation. Le Centre québécois de coordination sur le sida a donc été créé pour s'assurer que les mesures et programmes de lutte contre le sida mis en oeuvre le soient d'une manière efficace et coordonnée.



* Par intérim

3.4 La réadaptation et les services de longue durée

La Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée assure la conception, le développement et la réalisation de programmes cadres en matière de réadaptation et de géronto-gériatrie. Ces programmes, incluant les programmes de subvention à l'acquisition d'aides techniques, s'adressent aux personnes qui ont des problèmes reliés à la toxicomanie, aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes handicapées.

Ils sont offerts par les centres d'accueil d'hébergement, les centres hospitaliers de soins de longue durée, les pavillons, les familles d'accueil pour adultes, les unités de longue durée en centres hospitaliers de courte durée et les centres d'accueil de réadaptation.

De plus, la Direction générale assure la liaison avec ces établissements, ce qui comprend les activités de coordination, de budgétisation et de contrôle budgétaire. La Direction s'assure également de la qualité des services rendus par les établissements sous sa responsabilité et du respect des lois et des règlements.

3.4.1 Les personnes âgées

En 1989-1990, plusieurs activités ont permis au Ministère d'accentuer l'harmonisation des services et des programmes aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Les champs d'intervention ont porté sur l'organisation du réseau, le financement des ressources et le contrôle de la qualité des services offerts à la clientèle.

En regard de ce dernier point, des visites ont été effectuées dans les établissements dispensant des services de longue durée et ces visites ont entraîné la mise en application de correctifs contribuant à l'amélioration des services dispensés aux bénéficiaires.

De telles interventions ont aussi été effectuées dans des établissements en demande de permis ou dans des établissements en instance de renouvellement de permis.

Des ressources sans permis et hébergeant des personnes en perte d'autonomie ont aussi fait l'objet de contrôles aux fins d'assurer à ces personnes l'accès aux services de santé et aux services sociaux qu'elles requéraient et de contrer ainsi les abus dont elles pouvaient être l'objet.

Quant à l'organisation des services, les travaux réalisés au Ministère ont rendu disponibles deux centres de jour supplémentaires. Pour maintenir les personnes dans leur milieu naturel, des travaux ont commencé dans des services d'hébergement temporaire offerts par les établissements d'hébergement et de soins de longue durée. D'autres services seront aussi mis de l'avant puisque l'on a procédé à l'élaboration d'un projet pilote pour développer une approche d'intervention en psychogériatrie et un programme de réadaptation fonctionnelle intensif pour la clientèle adulte ayant des déficits moteurs.

Par ailleurs, d'autres activités ont été mises sur pied et elles ont trait particulièrement à :

- la consultation en vue de la planification et du développement des ressources institutionnelles;
- la révision des normes d'agrément;
- l'expérimentation en site pilote d'un système d'information clientèle en milieu d'hébergement et de soins de longue durée (S.I.C.H.E.L.D.);
- la réalisation d'une opération provinciale quant au rôle du pavillon dans le réseau intégré de services;
- la participation à des travaux devant conduire à l'implantation d'une politique sur la disposition des déchets bio-médicaux dans les établissements d'hébergement et de services de longue durée.

Le Ministère a investi près de 13 000 000 $ afin d'offrir les soins infirmiers et l'assistance requis par la clientèle résidant en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. De plus, une subvention a été donnée pour la réalisation d'un vidéo portant sur l'intervention auprès des clientèles âgées avec déficit cognitif et problème de comportement.

3.4.2 La déficience intellectuelle

Les actions du Ministère ont consisté, dans le domaine de la déficience intellectuelle, à mettre l'accent sur les mesures propres à assurer le succès de l'intégration sociale des personnes.

Ainsi, au cours de l'année 1989-1990, le Ministère a collaboré avec les Conseils de la santé et des services sociaux à l'identification de critères d'élaboration de plans régionaux d'organisation des services en déficience intellectuelle, et à l'adoption de critères d'approbation des plans d'intégration sociale présentés par les centres de réadaptation.

Les Conseils de la santé et des services sociaux sont présentement à élaborer les plans régionaux d'organisation des services en déficience intellectuelle et, au cours des prochains mois, le Ministère aura à statuer sur la recevabilité de ces plans.

En ce qui concerne ces plans de conversion de services, notons que les catégories d'établissements suivants ont présenté un tel plan : quatre centres de réadaptation desservant quelque 291 personnes ainsi qu'un cinquième avec un plan partiel; des centres hospitaliers psychiatriques, deux plans pour la sortie de 102 bénéficiaires et des centres d'accueil d'hébergement, trois plans pour une clientèle de 131 personnes. Le Ministère a donné son aval à trois projets dont deux provenant de centres de réadaptation et l'autre d'un centre hospitalier psychiatrique. Ces autorisations permettront à 101 personnes d'aller habiter dans leur communauté.

Le Ministère a attribué à l'Université du Québec à Montréal un mandat en recherche sur la qualité de l'intégration sociale des personnes déficientes intellectuelles qui doit s'échelonner sur une période de quatre ans. Enfin, le Ministère a financé une campagne publicitaire dans la presse, à la radio et à la télévision afin de sensibiliser la population à la nécessité d'intégrer socialement les personnes déficientes intellectuelles.

Ces activités ont été complétées par des sessions de formation visant l'information des parents ainsi que celles des cadres et des membres des conseils d'administration des centres de réadaptation.

3.4.3 La déficience physique

Dans le secteur de la déficience physique, le Ministère a implanté un mécanisme de révision périodique des programmes d'aides techniques. La révision de la liste des aides et des prix a été effectuée et entre en vigueur le 1er avril 1990. L'expérimentation d'une nouvelle méthode de détermination du prix des orthèses et prothèses a été également réalisée. Des énergies ont été consenties à l'analyse des déficits budgétaires des établissements publics avec service d'orthèses et de prothèses.

En ce qui concerne la régionalisation des services en adaptation-réadaptation, le Ministère a accordé un montant de 755 000 $ pour constituer une équipe en déficience auditive et une autre en déficience motrice dans la région de la Montérégie.

Par ailleurs, le Ministère a élaboré un programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle âgée de dix-huit ans et plus ayant une déficience motrice.

Parmi les autres réalisations, notons principalement la production d'un dépliant de sensibilisation en audi-mutité, une participation aux travaux relatifs à la planification de la main-d'oeuvre en audiologie et orthophonie de même qu'en physiothérapie et ergothérapie et, finalement, une aide importante aux travaux sur la réforme des secteurs de la santé et des services sociaux.

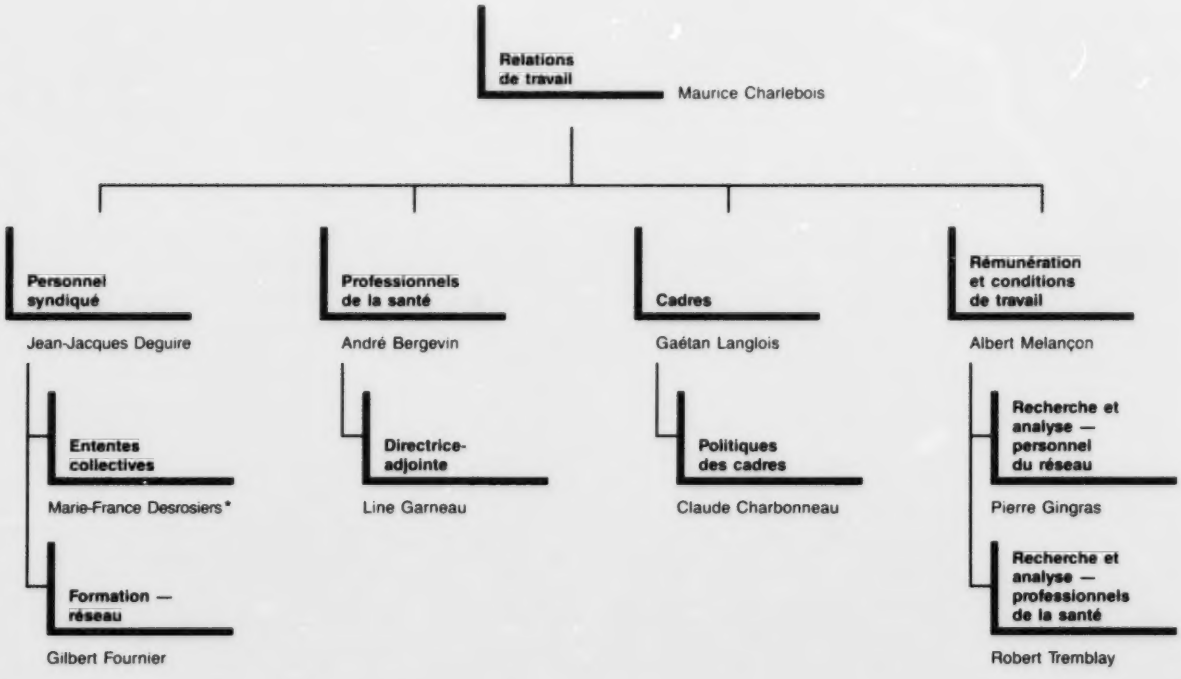
3.4.4 La toxicomanie

Le montant global des crédits affectés aux toxicomanies, au cours de l'année 1989-1990, est estimé à 43 000 000 $. Cette somme a été consacrée aux services d'hospitalisation reliés à l'usage et l'abus des drogues, aux activités de désintoxication et de réadaptation, de prévention et de recherche.

En ce qui concerne la lutte contre la drogue, la Direction générale a participé activement à la réalisation des travaux du « Groupe de travail de lutte contre la drogue » que le gouvernement du Québec a mis sur pied au début de novembre 1989. Outre la mission de cerner le phénomène de la consommation des drogues au Québec, ce Comité a fait l'inventaire des mesures prises pour contrer l'usage des drogues illicites et a proposé aux autorités politiques du Québec de nouvelles stratégies d'action de lutte aux drogues pour la prochaine décennie.

Avec le concours des Conseils de la santé et des services sociaux et des Départements de santé communautaire, le Ministère a amorcé, au cours de l'année, l'expérimentation et l'implantation de programmes régionaux de prévention en toxicomanie. Le budget de 651 468 $ octroyé à cette opération a permis, entre autres activités, de mettre en place des tables régionales et locales de concertation en prévention et de réaliser des projets pilotes à l'endroit de clientèles particulièrement vulnérables au sein de la jeunesse.

Enfin, sous le thème « Ensemble agissons ! », la Semaine de prévention qui s'est déroulée du 19 au 25 novembre 1989 a été l'occasion d'activités davantage régionalisées sous la coordination des Conseils de la santé et des services sociaux.



* Par intérim

3.5 Les relations de travail

Sur la base des orientations gouvernementales en matière de services de santé et de services sociaux, la Direction générale des relations de travail a pour mandat de représenter le Ministère dans tout ce qui concerne la négociation, l'application et l'interprétation des conventions collectives, des ententes et des régimes concernant le personnel du réseau et les professionnels de la santé. À cette fin et dans ces matières, elle organise les relations et les échanges avec les instances syndicales, les associations de cadres, les associations et fédérations de professionnels de la santé ainsi qu'avec les partenaires du Ministère. Elle coordonne les différents processus de négociation et de communication et elle intervient dans les situations conflictuelles et les dossiers exigeant un avis spécialisé.

Elle joue un rôle de conseillère auprès des autorités du Ministère en matière de relations et de conditions de travail, et fournit aux partenaires ainsi qu'aux établissements du réseau l'expertise et l'assistance dans ces domaines.

Elle effectue également des recherches et des analyses reliées à la rémunération, aux avantages sociaux et aux autres conditions de travail, et propose des orientations et des politiques dans ces matières.

3.5.1. Le personnel salarié du réseau

L'année 1989-1990 fut principalement consacrée à la poursuite des négociations des conventions collectives régissant les conditions de travail des salariées et salariés du réseau de la santé et des services sociaux.

Amorcées à l'automne 1988, ponctuées au printemps 1989 de moyens de pression de la part des infirmières et, en septembre 1989, d'un conflit de travail important impliquant la majorité des salariés du réseau et provoquant l'application de la Loi 160, les négociations ont quand même permis de procéder à la signature des conventions collectives.

Des modifications importantes furent apportées aux contrats de travail des salariés notamment au chapitre de l'organisation du travail, de la stabilité de la main-d'oeuvre, du plan de carrière des infirmières, de leur rémunération et du rangement salarial d'un grand nombre d'emplois.

Parallèlement à ces activités, le Syndicat des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (S.P.S.S.S.) a poursuivi ses travaux et a procédé à 201 inscriptions durant l'année mais aussi à 200 radiations pour la même période. Par conséquent, ces nombreux mouvements de personnel font qu'au 31 mars 1990, 323 salariés étaient inscrits au régime de la sécurité d'emploi, soit sensiblement le même nombre que l'année dernière.

Au cours de l'année 1989-1990, la Direction générale a conseillé et soutenu l'organisation d'activités de formation se rattachant aux objectifs et priorités des directions générales de programmes du Ministère. Pour la période citée, 25 thèmes différents furent traités représentant 205 séances de formation à l'endroit du personnel du réseau.

Parmi les principaux thèmes touchés on retrouve :

— la Loi de la protection de la jeunesse;

— les techniques d'accueil;

— l'entrevue non suggestive auprès d'enfants et d'adolescents abusés sexuellement;

— « C'est la vie », une collaboration du M.S.S.S. et de Radio-Québec;

— le soutien à la famille dont l'enfant décède subitement.

Ces séances de formation se sont tenues dans plusieurs régions du Québec avec le concours des ressources du réseau de la santé et des services sociaux et de l'éducation.

3.5.2. Le personnel cadre du réseau

En 1989-1990, les principales réalisations se caractérisent principalement par le lancement des projets de mise à jour des classifications des postes d'encadrement et de révision du système de classification, par des travaux sur la révision, la consolidation et l'application des politiques de conditions de travail et par des interventions relatives à la bonne marche des mécanismes de concertation.

Les travaux de révision des classes salariales des postes d'encadrement qui ont été amorcés visent à mettre à jour ces classes salariales en référence au système d'évaluation adapté.

Quant aux travaux relatifs au système de classification, ils visent principalement à réviser les plans de classification actuellement en vigueur.

En ce qui concerne la révision des conditions de travail, on doit souligner l'entrée en vigueur, le 17 mai 1989, d'un nouveau règlement sur certaines conditions de travail des directeurs généraux (décret 661-89 du 3 mai 1989). Ce nouveau décret remplace le décret 883-83 du 4 mai 1983 et comporte des améliorations substantielles au niveau de la nomination, des mesures de fin d'engagement, des mesures de stabilité d'emploi et de la cotisation professionnelle des hors cadres.

Quant à la révision des conditions de travail réglementées des cadres supérieurs et intermédiaires (décret 412-85), les travaux de concertation et de consultation se sont intensifiés tout au cours de l'année.

Rappelons que les principales demandes des associations de cadres sont : l'amélioration des mesures de stabilité d'emploi lors d'abolitions de postes, une procédure de recours sur l'application des conditions de travail et l'adoption d'une politique ainsi que l'octroi d'un budget pour le développement du personnel d'encadrement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a amorcé des travaux visant le développement d'une politique de formation et de perfectionnement propre au personnel d'encadrement. Un projet de plan détaillé a été rédigé et sera soumis en consultation auprès des intervenants concernés.

En 1989-1990, le « Répertoire des conditions de travail des cadres intermédiaires » a été mis à jour afin d'inclure notamment les modifications introduites au régime des droits parentaux.

Pendant la même période, le Comité directeur sur la stabilité d'emploi des cadres a multiplié ses interventions en vue d'améliorer le soutien aux cadres en replacement et aux employeurs dans le but de replacer davantage de cadres mis en disponibilité qui ont choisi l'option du replacement. Conséquemment à ces interventions, vingt et un cadres ont été replacés.

Enfin, la Direction générale a également poursuivi ses activités entourant la coordination des concours de sélection de directeurs généraux, et le traitement des recours en cas de rupture du lien d'emploi. Elle a aussi travaillé à l'application du système de classification, à la validation des postes de cadre, au financement des mesures de stabilité d'emploi et des indemnités de départ et à l'application de l'ensemble des conditions de travail prévues pour le personnel d'encadrement.

3.5.3. Les professionnels de la santé

L'Accord-cadre du 22 décembre 1986 avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (F.M.S.Q.) permettait au Gouvernement de réaliser plusieurs de ses objectifs de négociation. En 1989-1990, trois modifications ont été faites à l'entente conclue avec la F.M.S.Q. Deux objectifs ont été poursuivis lors de la modification numéro 11, soit la réduction des tarifs de certaines spécialités conformément à la lettre d'intention de modification numéro 7 et la prolongation de deux ans de l'Accord-cadre, soit jusqu'au 31 décembre 1992.

La modification numéro 12 a permis de convenir d'un mémoire d'intention traitant du dépannage régional en radiologie ainsi que d'un mémoire d'intention concernant la mise sur pied d'un programme spécial d'accroissement des effectifs en radiologie ayant pour objectif de créer, au cours des trois prochaines années, 35 postes protégés de résidence en radiologie pour la pratique en région. La modification numéro 13 est une modification d'appoint qui comporte plusieurs ajustements et une clarification de nature technique.

Les négociations avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q.) ont porté principalement sur le renouvellement de l'entente particulière concernant le service d'interventions médicales d'urgence de la région de Montréal Métropolitain. Cette entente particulière qui n'avait pas été renouvelée depuis 1981, a pour objet de régir, dans le cadre du système préhospitalier d'urgence institué pour la région, les normes afférentes à la rémunération du médecin, les conditions d'exercice de sa profession et les modalités de sa participation au service d'intervention médicale d'urgence.

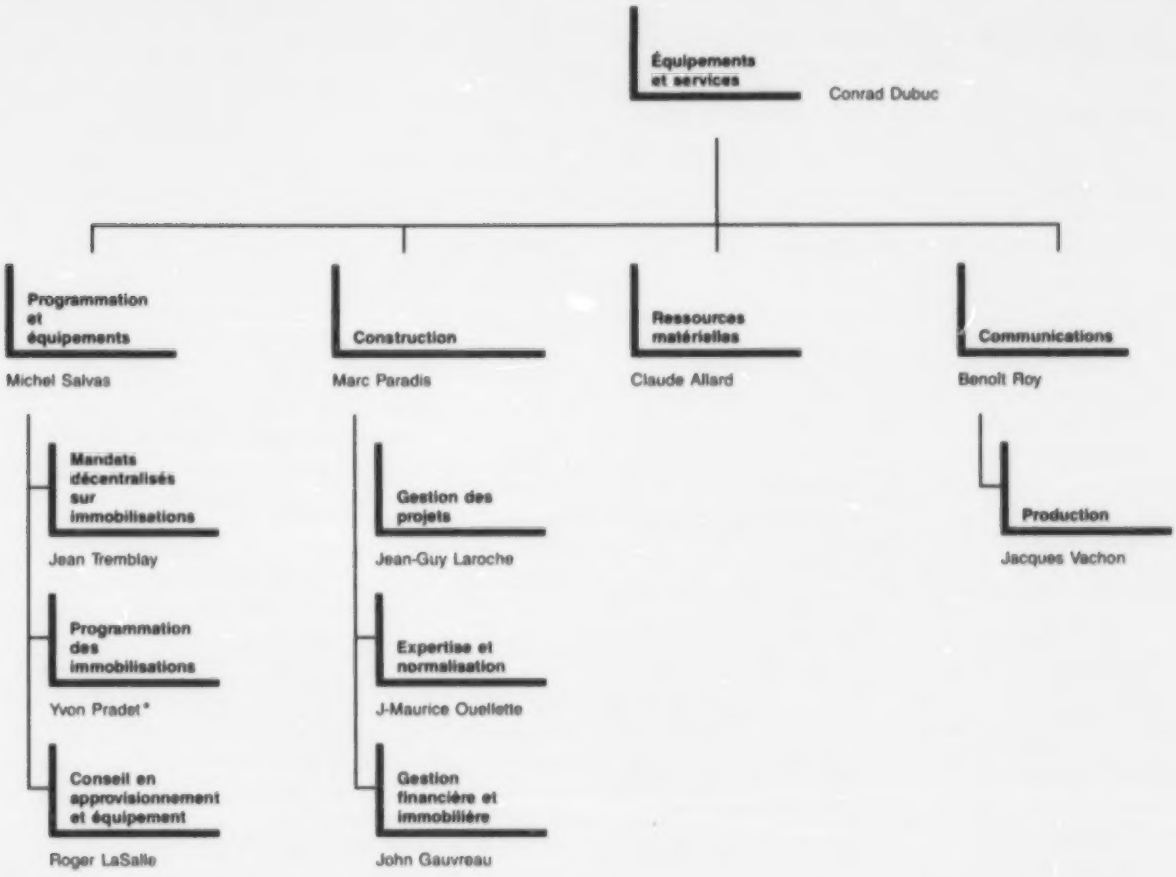
L'Amendement numéro 34 entraînait une révision en profondeur des avantages sociaux des médecins omnipatriciens à salaire et apportait des précisions aux conditions particulières au mode de rémunération selon des honoraires fixes.

À la suite de la dénonciation du système de garde par la Fédération des médecins résidents du Québec (F.M.R.Q.), le Conseil de médiation constitué d'un juge de la Cour provinciale assisté de deux assesseurs, a été mis en place. Son mandat est d'entendre les parties et leurs témoins, de procéder à l'exercice de la médiation selon les voies et moyens qui lui paraissent les plus convenables et de recommander aux parties un régime de garde. Quarante journées d'audition ont eu lieu et la preuve tant syndicale que patronale s'est terminée le 13 août 1990. Des séances de médiation ont commencé en mai 1990.

L'Association des biochimistes cliniques du Québec (A.B.C.Q.) qui regroupe des biochimistes cliniques (non-médecins) oeuvrant dans les établissements de santé a transmis ses demandes relatives au régime de rémunération. Les discussions se poursuivent. Tout en maintenant le statut de salarié au biochimiste clinique, le véhicule réglementaire prévu à l'article 154 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux sera utilisé aux fins de déterminer les conditions de travail et la rémunération des biochimistes cliniques travaillant dans les établissements de santé.

Par ailleurs, l'entente avec l'Association professionnelle des optométristes du Québec (A.P.O.Q.) qui couvre les périodes du 1er juin 1987 au 31 mai 1990 est intervenue le 2 avril 1990.

Les négociations se sont poursuivies durant toute la période de renouvellement des ententes avec les associations suivantes : l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec (A.S.C.B.M.F.Q.), échue depuis le 31 mai 1988, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.), échue depuis le 31 mai 1989 et l'Association des pharmaciens en établissements de santé (A.P.E.S.), échue depuis le 31 décembre 1989.



* Par intérim

3.6 Les équipements et les services

En collaboration avec les directions réseau, la Direction générale des équipements et services a pour mandat :

- de définir les politiques ministérielles afférentes à la gestion des besoins en emplacements, en immobilisations, en équipements et en services du réseau, à l'exception de l'équipement biomédical;
- de développer et d'assurer des modes de gestion appropriés à chacun de ces éléments tout en tenant compte de leur statut centralisé ou décentralisé;
- d'assurer aux unités du Ministère les services en matière d'aménagement, d'approvisionnement, de messageries et de produits de communication;
- de gérer les programmes d'immobilisations du réseau, de l'assister dans la réalisation des travaux et de contrôler la réalisation des mandats décentralisés.

3.6.1 La programmation et les équipements

La Direction générale a maintenu sa collaboration avec les directions réseau afin de définir les politiques ministérielles afférentes à la gestion des besoins en emplacements loués, en immobilisations et en équipement.

Durant l'exercice 1989-1990, des enveloppes financières régionales de 50 443 300 $ pour la location d'emplacements, de 79 800 000 $ pour le maintien des immobilisations et le renouvellement des équipements dans les centres hospitaliers et de 28 000 000 $ dans les établissements de services sociaux ont été établies et supervisées. Au cours de l'exercice financier, l'autorisation de démarrer de nouveaux projets d'immobilisations totalisant 331 400 000 $ a été obtenue.

De plus, la Direction générale a supervisé le remboursement de 308 projets autofinancés en santé et de 77 projets en services sociaux comprenant respectivement des autorisations de 98 642 349 $ et de 4 098 879 $.

Finalement, au cours de l'année écoulée, le Ministère a fourni l'expertise pour déterminer les besoins en mobilier et matériel non médical spécialisé de 30 projets dont la valeur totale dépasse 15 000 000 $.

En matière de rationalisation de services, les efforts ont porté principalement sur les buanderies et l'approvisionnement. Dans le secteur des buanderies, treize projets autofinancés de rénovations de buanderies, engageant des immobilisations de plus de 10 000 000 $, ont été analysés et mis en marche. Dans le domaine de l'approvisionnement, le regroupement des achats aura, en 1989-1990, dépassé les 380 000 000 $ pour des achats globaux de plus 1 300 000 000 $ dans le réseau.

3.6.2 La construction

Dans le domaine des immobilisations, la Direction générale a assumé son rôle de conseillère auprès du réseau en assurant le suivi et le contrôle des projets de construction et en permettant l'inscription de nouveaux projets d'une valeur de 331 400 000 $ pour lesquels les déboursés ont été de 114 500 000 $ en 1989-1990.

Il faut noter en plus la réalisation d'un programme de relance économique en immobilisations d'un coût de 75 000 000 $ portant sur la sécurité — vétusté et la protection contre les incendies.

Les activités réalisées dans ce domaine ont porté notamment sur des projets d'études en collaboration avec la Corporation d'hébergement du Québec, les expertises, les réalisations, la gestion financière et les transactions immobilières.

3.6.3 Les ressources matérielles

Divers projets de réaménagements tels la rénovation de l'édifice « 1005 chemin Ste-Foy » et le regroupement du personnel à Montréal ont évolué normalement et seront bientôt en voie de réalisation. Une préoccupation constante d'aménagement assurant une bonne qualité de vie au travail a été apportée dans les diverses modifications survenues au cours de l'année.

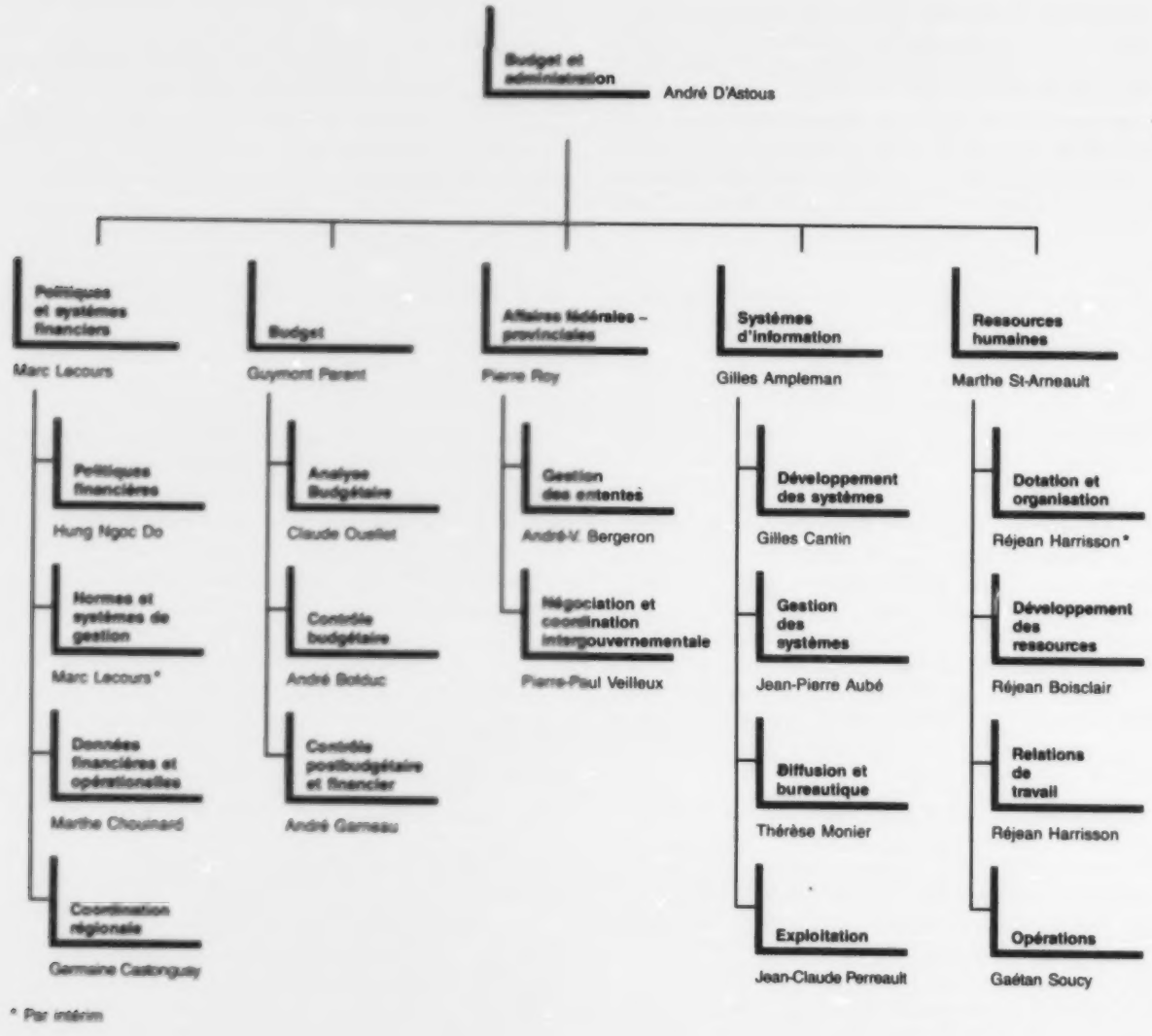
Dans les opérations courantes, environ 650 postes de travail ont été touchés.

Au cours de l'année 1989-1990, le secteur des approvisionnements a été entièrement informatisé et a été responsable de l'achat de tous les biens et services du Ministère et a assuré la livraison de 175 formulaires différents aux établissements du réseau. Ce Service a aussi assuré la diffusion, à la grandeur du réseau, de tous les documents produits par la Direction des communications.

Le secteur du contrôle budgétaire a effectué les engagements et les demandes de paiement des fournitures requises par toutes les directions du Ministère pour une somme de près de 11 000 000 $. En plus, ce service a assumé la gestion des dossiers relatifs au stationnement.

3.6.4 Les communications

Le secteur des communications joue un rôle de conseiller auprès des directions générales du Ministère. Il élabore et réalise des programmes de communications à l'intention des clientèles ou des groupements spécifiques visés par les programmes ministériels.



* Par intérim

3.7 Le budget et l'administration

Se basant sur les orientations gouvernementales en matière de services de santé et de services sociaux, le secteur du budget et de l'administration a pour mandat d'élaborer une politique de financement des établissements et des conseils régionaux, d'exploiter un système ministériel de gestion financière et les procédures afférentes ainsi qu'un système d'information sur les opérations administratives et financières du réseau.

Il voit à la préparation des prévisions budgétaires pour les établissements, les conseils régionaux et le fonctionnement interne du Ministère et détermine les normes en vertu desquelles les budgets des établissements sont agréés et les subventions accordées. Il contrôle la régularité et la conformité des engagements, dépenses et revenus du Ministère en regard des lois et règlements.

Il est également chargé de la négociation des ententes sur les programmes à frais partagés, coordonne les activités de réclamation des sommes dues par le gouvernement fédéral dans le cadre de ces ententes et est responsable de la coordination des activités intergouvernementales du Ministère.

Finalement, il procure à l'ensemble des unités administratives, l'expertise et le soutien requis à la gestion des ressources informationnelles et humaines du Ministère.

3.7.1 Les politiques et les systèmes financiers

Le secteur des politiques et systèmes financiers a poursuivi en 1989-1990 ses travaux en vue d'établir plus précisément le coût des programmes, des activités

et des services aux personnes. Quant aux programmes, il a revu, dans diverses catégories d'établissements, la nomenclature des centres d'activités et des unités de mesure prévues au Manuel de gestion financière et il a édicté les conventions comptables. En ce qui concerne les services aux personnes, il a procédé à l'examen critique du projet S.I.R.A.C.D.O.F. (Système Reliant l'Activité Clinique aux Données Opérationnelles et Financières) afin d'établir précisément le coût d'un épisode de soins.

Ce secteur a également revu l'ensemble des programmes afin de dégager les facteurs de coûts responsables de la dynamique des dépenses et suggérer des scénarios susceptibles d'infléchir les tendances constatées. Ainsi, la budgétisation des établissements a comporté des ajustements au titre des rectificatifs post-budgétaires, des contributions-employeurs à la C.S.S.T. et des modulations du coût de système santé.

Au plan de l'efficience et des indicateurs de gestion, l'étude sur les profils de diagnostics, au Québec comme à l'étranger, s'est poursuivie afin de déterminer si le regroupement québécois en « D.R.G. » (Diagnostic Related Groups) était adéquat quant aux méthodes d'imputation, de codification et de traitement informatique. Par ailleurs, dans le secteur de la coordination régionale, une étude a été menée afin de déterminer une norme qu'il serait utile de retenir pour financer les conseils régionaux.

Le secteur a rendu aussi disponibles les données financières aux divers intervenants, en implantant de nouveaux systèmes de rapports financiers (M-30). De plus, un relevé des notes des vérificateurs a été entrepris afin de rapprocher l'opinion émise et les constatations faites sur ces rapports. Un programme de contrôle de la qualité des données est en voie d'élaboration pour être ajouté aux normes de validation et d'épuration. Une démarche est faite auprès de l'Ordre des comptables agréés pour optimiser les pratiques d'inspection professionnelle. Enfin, le projet O.P.T.I.M.A.H. (Optimalisation du Traitement de l'Information pour le Monitoring des Activités Hospitalières) a été instauré avec la collaboration d'établissements et de l'A.H.Q. (l'Association des hôpitaux du Québec), afin de favoriser l'emploi des indicateurs de gestion au sein des établissements.

3.7.2 Le budget

L'orientation, la coordination et le suivi de l'ensemble des opérations budgétaires et financières du Ministère, à l'intérieur du cycle budgétaire, est de la responsabilité de la Direction du budget. En 1989-1990, ces opérations ont totalisé 8 114 283 900 $.

3.7.3 Les affaires fédérales-provinciales

L'année 1989-1990 a été marquée par la signature de deux nouvelles ententes fédérales-provinciales permettant d'une part, le partage de sommes additionnelles consacrées, par le Québec, à l'accessibilité des services sociaux et de santé dans leur langue aux personnes d'expression anglaise et d'autre part, au partage des coûts de développement d'un système d'information sur les services offerts au Québec, dans le cadre de la Loi sur les jeunes contrevenants. Ceci porte à six le nombre d°ententes de partage dans le secteur des services sociaux gérées par les Affaires fédérales-provinciales. Ces ententes ont permis au Québec d'obtenir du gouvernement fédéral des contributions de près de 1 800 000 000 $ en 1989-1990.

Par ailleurs, ce secteur a coordonné les activités du Ministère sur la scène intergouvernementale, notamment la tenue à Québec de deux événements majeurs: le Symposium sur l'évaluation des technologies de la santé, regroupant quelque trois cents personnes provenant des divers milieux canadiens et la Conférence provinciale-territoriale des ministres de la Santé, présidée cette année par le Québec.

3.7.4 Les systèmes d'information

Le Ministère a produit un document visant à faire le point sur les réalisations à ce jour et à revoir la planification des actions à venir. Trois principaux secteurs d'intervention ont été identifiés : la gestion de la ressource informationnelle et la diffusion de données, l'aide apportée au Ministère et l'informatisation du réseau.

Les demandes traitées portant sur la diffusion de données provenant des banques du Ministère, se sont accrues de façon significative cette année et une nouvelle politique de traitement des demandes a permis d'améliorer le niveau du service offert. Les efforts visant à faire connaître davantage les différentes banques de données disponibles, se sont poursuivis en réalisant la publication du neuvième document de la collection Banques de données, portant sur Santé Québec.

Dans le secteur des projets M.S.S.S.-C.R.S.S.S., la définition du cadre normatif s'est poursuivie. Des travaux de conception administrative ont été menés relativement aux projets portant sur les clientèles de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la santé mentale et aux projets relatifs au mécanisme d'accès en déficience intellectuelle et aux clientèles des programmes de réadaptation en toxicomanie. Enfin, dans le cadre du système d'information sur l'application de la Loi sur les jeunes contrevenants, des études d'orientation ont été déposées.

Un des éléments majeurs de l'année 1989-1990 relativement à l'aide apportée au Ministère, est la planification et la mise en marche de la réalisation du système budgétaire et financier. La mise en opération et le rodage des systèmes d'informations référentielles « Établissements » et « Découpage géographique » ont été complétés. Par ailleurs, la bureautisation au Ministère a connu un accroissement important et des efforts particuliers ont été consentis au développement d'applications micro-informatiques. Enfin, le Ministère a adopté une politique en matière de sécurité informatique.

Une enquête a été menée au cours de l'année afin d'établir un portrait de l'informatisation des établissements du réseau socio-sanitaire. Le Ministère a également commencé une étude qui vise à évaluer les perspectives de développement des télécommunications à l'intérieur du réseau. De plus, diverses rencontres avec les intervenants et partenaires du milieu ont permis d'amorcer des discussions et des réflexions sur les possibilités de concrétiser un projet de constitution d'un dossier unique du bénéficiaire.

3.7.5 Les ressources humaines

En plus de réaliser les activités habituelles requises par les services aux gestionnaires et au personnel, ce secteur a poursuivi la mise en oeuvre des mesures contenues dans son plan d'action relatif à la gestion des ressources humaines. Il faut souligner les travaux sur la révision du plan de délégation des pouvoirs en matière de ressources humaines, sur l'implantation de l'évaluation du rendement basée sur les résultats et sur l'élaboration de moyens pour favoriser la mobilité du personnel.

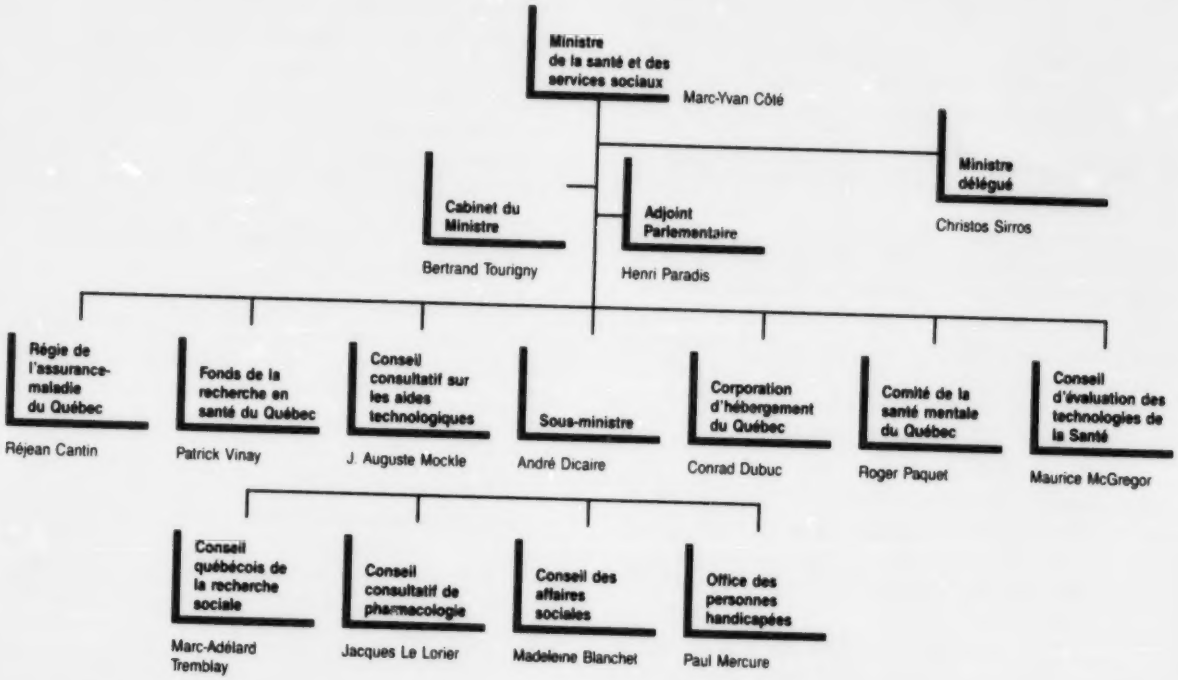
En ce qui concerne le développement des ressources humaines, le personnel a bénéficié de 4623 jours/personnes en activités diverses. Un programme d'évaluation des impacts des activités a été élaboré et implanté. Le personnel d'encadrement a été sensibilisé de façon particulière à son développement. Un programme d'accueil et d'intégration au travail du nouveau personnel est en élaboration. Outre les activités physiques dirigées offertes sur une base régulière au personnel, des interventions spécifiques ont été organisées pour promouvoir la santé.

Diverses activités de sensibilisation et de prévention ont été mises en oeuvre par le Comité du programme d'aide aux employées et employés et près de 75 % du personnel y a participé. En matière d'accès à l'égalité pour les femmes, les mesures de redressement ont fait en sorte que le taux de féminisation parmi le personnel professionnel a légèrement augmenté tandis que du côté du personnel d'encadrement supérieur, la situation est demeurée stable. Ce secteur a collaboré également à la mise à jour de l'évaluation des emplois professionnels de complexité supérieure et à la négociation des conventions collectives des médecins et chirurgiens-dentistes de la Fonction publique.

Annexes

Annexe I
Les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux

Ces organismes ne font par partie de la structure administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux. Bien que ces organismes soient autonomes, certains d'entre eux demeurent reliés au budget de fonctionnement du Ministère, tels le Conseil consultatif sur les aides technologiques, la Corporation d'hébergement du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, le Conseil québécois de la recherche sociale, le Conseil consultatif de pharmacologie et le Conseil des affaires sociales.



A-Les organismes relevant du Ministre

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.)

La Régie de l'assurance-maladie, qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux, a pour mandat d'administrer le régime d'assurance-maladie instauré par la Loi sur l'assurance-maladie, d'administrer tout autre régime ou programme que le gouvernement pourra lui confier, de rémunérer, conformément aux ententes, les professionnels de la santé qui fournissent les services assurés et de rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant.

La R.A.M.Q. présente un rapport annuel distinct de celui de Ministère.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.)

Constituée selon la Loi favorisant le développement scientifique et technologique du Québec, cette corporation a pour fonction de promouvoir ou d'aider financièrement la recherche, la formation et le perfectionnement de chercheurs dans le domaine de la santé.

Le F.R.S.Q. présente un rapport distinct de celui du Ministère.

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques (C.C.A.T.)

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques a été mis sur pied en 1987 en vue de conseiller le Ministère sur l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies destinées aux personnes handicapées, d'évaluer ces technologies et d'élaborer des normes et critères d'attribution.

Le Conseil a complété la première révision des listes d'aides technologiques contenues dans les programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Les prothèses mammaires et oculaires, l'appareillage stomique ainsi que les aides techniques à la posture ont ainsi été évalués.

La synthèse des connaissances disponibles et des résultats d'évaluation, ainsi que leur adaptation au contexte de la pratique courante, constituent les fondements de la méthodologie développée par le Conseil.

La Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.)

Organisme sans but lucratif, la Corporation d'hébergement du Québec a été constituée en 1974. Elle a pour mandat d'assurer la construction d'établissement ainsi que le financement de ces immobilisations pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. En outre, elle acquiert périodiquement certains immeubles dans le cadre du programme d'intégration d'établissements privés.

La Corporation d'hébergement du Québec produit un rapport annuel de ses activités au Ministre au plus tard le 30 juin de chaque année.

Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.)

Le Comité de la santé mentale du Québec, qui a été créé en août 1971, est un organisme de planification et d'évaluation en santé mentale.

Avec l'adoption par le Québec d'une politique de santé mentale, en janvier 1989, les mandats généraux du Comité sont formulés comme suit :

— conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les questions de santé mentale;

— collaborer à la réalisation des activités de planification et d'évaluation dont le ministère de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité en santé mentale;

— participer, enfin et surtout, aux activités d'ajustement et de développement de la politique québécoise de santé mentale.

En 1989, le Comité a notamment poursuivi l'étude des sujets qui ont trait au vieillissement, à la pauvreté, au travail, aux communautés culturelles, aux femmes et aux hommes. Tous ces travaux ont été poursuivis dans une perspective de promotion et de prévention en santé mentale en vue de permettre au Comité de contribuer au développement prioritaire nécessaire de la politique de santé mentale au chapitre de la promotion et de la prévention.

Les personnes suivantes sont membres du Comité : monsieur Roger Paquet, président; Dr Jean-François Saucier, vice-président; Dr Luc Blanchet, Dr Claude Bouchard, madame Francine Dorion, monsieur Hans Fleury, madame Marie-Claire Laurendeau, madame Denise Paul, madame Vesta Wagener-Jobidon.

Vingt-deux autres experts appuient le Comité dans la réalisation de ses mandats et composent ses groupes d'étude spécialisés.

Le Comité publie un rapport d'activités à la fin de chacun de ses cycles de production. Une plaquette intitulée « Le Comité de la santé mentale du Québec – Un partenaire pour le développement de la politique de santé mentale » (1er trimestre 1990, 27 pages) contient de l'information récente sur le Comité.

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (C.E.T.S.)

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, créé en janvier 1988, a pour mandat de promouvoir et de supporter l'évaluation des technologies de la santé, d'en diffuser les résultats et, de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux quant aux questions portant sur l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé.

Le Conseil est composé de douze membres, soit le Dr Maurice McGregor, président; Dr Rénaldo Battista, Dr Raymonde Chartrand, Dr Richard J. Clermont, Dr Luc Deschênes, Dr Marek Rola-Pleszczynski, madame Aline Lavoie-Poirier, monsieur Marc Renaud, monsieur Raymond L. Carrier, monsieur Claude Forget, monsieur David Roy, monsieur Fernand A. Roberge et madame Suzanne Couët qui agit à titre de secrétaire générale du Conseil.

Durant ses premiers dix-huit mois d'existence, les réalisations les plus tangibles du Conseil ont été la production et la publication des cinq rapports suivants :

— la distribution géographique des laboratoires de cathétérisme cardiaque au Québec;

— l'oxygénothérapie à long terme à domicile pour les malades atteints d'insuffisance respiratoire chronique;

— l'imagerie par résonnance magnétique;

— le traitement de l'apnée obstructive du sommeil par une pression positive continue par voies nasales;

— la comparaison des opacifiants à basse osmolarité et à haute osmolarité.

De plus, un document synthèse expliquant le mandat et le fonctionnement du Conseil a été publié et distribué aux organismes similaires de différents pays.

Afin de promouvoir l'évaluation des technologies de la santé, un protocole d'entente a été signé avec le Fonds de la recherche en santé du Québec. Ce programme conjoint de recherche dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé a déjà porté ses fruits puisque deux projets portant sur la lithotritie biliaire et sur l'apnée du sommeil ont été subventionnés cette année.

Enfin, le Président du Conseil d'évaluation des technologies de la santé a été nommé représentant de la province de Québec au conseil d'administration de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, ce qui aura pour résultat de créer un impact important au niveau du gouvernement fédéral et des autres provinces.

Le Conseil a également publié un rapport d'activités reflétant les réalisations depuis sa création en janvier 1988.

Le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.)

Le Conseil québécois de la recherche sociale, créé le 8 août 1979, est un organisme de subventions à la recherche sociale rattaché au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le Conseil québécois de la recherche sociale a, auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux, le rôle de :

— conseiller le Ministre sur la politique du Ministère en matière de recherche sociale, sur l'enveloppe budgétaire à y consacrer et sur toute autre question pertinente à la recherche sociale;

— contribuer à l'amélioration de la qualité de la recherche sociale, à la diffusion de ses résultats et à son application dans l'enseignement et la pratique professionnelle ainsi que dans le développement des éléments de la politique sociale;

— instituer et régir, après approbation du Ministre ou de son représentant, des programmes de soutien à la recherche sociale et les évaluer périodiquement.

Le C.Q.R.S. est composé des personnes suivantes : monsieur Marc-Adélard Tremblay, président; monsieur Jean-Claude Boisvert, monsieur Réjean Dubé, monsieur Éli Schwartz, madame Nicole Vanier, madame Linda Jones, madame Denise Couture, monsieur Michael Conway et monsieur Simon Caron.

Le Conseil québécois de la recherche sociale, dans les domaines de la recherche sociale, considère comme admissible à ses programmes de subventions et de bourses d'excellence la recherche qui a pour objet la participation et la solidarité sociales vues généralement dans la perspective de la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La participation et la solidarité sociales doivent être entendues au sens où toute personne, toute famille ou tout autre groupe doit bénéficier de la protection sociale ainsi que des soins et des services requis par leur état ou par leur condition sociale, jouir d'un accès équitable aux services, pouvoir participer à la vie communautaire mais aussi compter sur l'appui de la communauté dans leurs efforts en vue d'améliorer leur qualité de vie et celle de leur milieu social. La participation et la solidarité sociales préviennent et réduisent la maladie, l'isolement, la pauvreté, la dépendance de l'assistance publique, la violence, la discrimination et toute condition favorisant la marginalité sociale.

Le Conseil québécois de la recherche sociale offre les programmes de subventions et de bourses d'excellence suivants :

— subventions de recherche;

— subventions pour recension des écrits sur appel d'offres;

— subventions d'aide à la diffusion des résultats de la recherche déjà subventionnée;

— subventions d'aide à la formulation d'un projet de recherche ou d'études et analyses;

— bourses d'excellence;

— subventions pour études et analyses.

Le Conseil québécois de la recherche sociale peut faire en tout temps des appels d'offres sur les objets de recherche ou d'études et d'analyses qu'il juge prioritaires pour chacun de ses programmes de subventions et de bourses d'excellence. Il peut aussi proposer à la communauté scientifique des domaines de recherche orientés et, dans les domaines de la recherche sociale, offrir des subventions ou des bourses spéciales ou diriger des projets spéciaux de recherche.

Le Conseil consultatif de pharmacologie (C.C.P.)

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste le ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'élaboration et la mise à jour de la liste de médicaments assurés dans le cadre du programme de gratuité instauré en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ainsi que la liste des médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

Le Conseil des affaires sociales (C.A.S.)

Créé en 1970, le Conseil des affaires sociales est un organisme d'étude et de consultation dont le mandat est de conseiller le Ministre sur la détermination des objectifs et priorités du secteur des affaires sociales, de la santé et des services sociaux, et de consulter les divers groupes et organismes dans l'élaboration des politiques sociales et de santé.

Le C.A.S. produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

L'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.)

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'Office favorise la concertation des organismes publics, parapublics, ou privés dispensateurs de services, aux niveaux provincial, régional et local.

Annexe II
Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux

La Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2)

- Règlement 1 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Règlement 2 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Règlement sur les signatures apposées au moyen d'un appareil automatique sur les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Décret sur l'autorisation d'utiliser un fac-similé de la signature du ministre ou du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux sur certains documents;
- Règlement sur la mise en oeuvre de l'Entente entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale.

La Loi sur la Commission des affaires sociales (L.R.Q., c. C-34)

La Loi sur le Conseil de la famille (L.R.Q., c. C-56.2)

La Loi sur le Conseil des Affaires sociales (L.R.Q., c. C-57)

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5)

- Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Règlement établissant la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux;
- Règlement établissant la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des conseils de la santé et des services sociaux;
- Règlement sur les indemnités de départ;
- Règlement sur la rémunération des membres des conseils d'administration des conseils de la santé et des services sociaux;
- Règlement sur la sélection, la nomination, les mesures de fin d'engagement et de stabilité d'emploi applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics;
- Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux des établissements publics et des établissements privés visés aux articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés dans les articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Ordonnance établissant la procédure pour l'élection des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux de la région 10-A;
- Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;
- Règlement sur les locations d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;
- Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux;
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;
- Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement;
- Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des chefs de département de santé communautaire dans les centres hospitaliers;
- Règlement sur la procédure pour l'élection de membres du conseil d'administration du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James par le conseil consultatif du personnel clinique et le personnel non clinique;

— Règlement sur les conditions de travail des pharmaciens exerçant dans les centres d'accueil publics ou privés conventionnés et dans les centres locaux de services communautaires;

— Détermination de la forme et du contenu minimum de contrats de services d'ambulance.

La Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes (1990, chapitre 12)

La Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29)

— Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie;

— Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance-maladie;

— Liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels au sens du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie;

— Décret sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession;

— Décret sur la rémunération différente pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur spécialité dans le cadre du régime;

— Règlement sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives.

La Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

— Règlement prescrivant à la Régie de l'assurance-maladie du Québec d'assumer le coût de certaines rémunérations payables par le gouvernement, ses ministères ou organismes aux professionnels de la santé;

— Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance-maladie du Québec;

— Programme visant le recrutement et la rétention de professionnels de la santé en territoires insuffisamment desservis.

La Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28)

— Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

La Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)

— Règlement sur la révision de la situation d'un enfant;

— Règlement sur l'aide financière pour favoriser l'adoption;

— Règlement sur l'adoption internationale;

— Convention-type sur les conditions et modalités d'intervention et sur les engagements d'un organisme reconnu en matière d'adoption internationale auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La Loi sur la protection du malade mental (L.R.Q., c. P-41)

— Règlement d'application de l'article 27 de la Loi sur la protection du malade mental.

La Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35)

— Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique;

— Détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux du transport par ambulance.

La Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (L.R.Q., c. E-20.1)

— Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec;

— Règlement de régie interne de l'Office des personnes handicapées du Québec;

— Règlement visant à favoriser l'embauchage de personnes handicapées;

— Règlement sur les centres de travail adapté et l'intégration professionnelle;

— Règlement sur les vignettes amovibles délivrées aux personnes handicapées.

La Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. I-11)

La Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)

Annexe III
Les ressources financières

Le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux en 1989-1990 totalise 8 114 283 900 $ soit une augmentation de 501 260 900 $ ou de 6,6 % par rapport à l'exercice précédent. Ces crédits se répartissent entre quatre secteurs :

— Prévention et amélioration;

— Recouvrement de la santé;

— Réadaptation sociale;

— Administration et services.

Budget du ministère de la santé et des services sociaux en 1989-1990

	En milliers de dollars	
Prévention et amélioration	547 139,7	
— Services des centres locaux de services communautaires		504 305,1
— Soutien aux organismes communautaires		42 834,6
Recouvrement de la santé	5 035 366,1	
— Services des centres hospitaliers de courte durée et psychiatriques		
Réadaptation sociale	2 209 849,0	
— Services des centres de services sociaux		331 101,5
— Services des centres de réadaptation		728 547,7
— Services des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée		1 150 199,8
Administration et services	321 929,1	
— Coordination de la recherche		34 971,9
— Direction et coordination régionale		230 111,7
— Office des personnes handicapées du Québec		56 845,5
Total	**8 114 283,9**	

Annexe I V
Gestion ministérielle des ressources humaines

Pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on compte 1 093 emplois répartis comme suit :

A-Postes occupés au ministère de la santé et des services sociaux selon le sexe au 31 mars 1990

	Hors-cadres & cadres		Cadres intermédiaires		Professionnels		Techniciens		P.B.A. ouvriers		Total		Grand total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Direction supérieure	5	1	0	1	5	4	1	2	2	22	13	30	43
Planif. & Évaluation	13	4	0	0	36	24	3	6	3	28	55	62	117
Prév. & Serv. comm.	9	2	0	0	45	32	6	4	0	28	60	66	126
Recouvrement de la santé	14	2	0	0	51	22	4	5	5	37	74	66	140
Réad. & Serv. de longue durée	14	1	0	0	53	21	2	3	0	23	69	48	117
Relations de travail	10	1	0	0	29	10	5	4	1	13	45	28	73
Équipements & Services	12	0	2	0	57	18	13	8	22	39	106	65	171
Budget & Administration	13	3	1	1	78	27	22	27	10	68	124	126	250
Sous-total M.S.S.S.	**90**	**14**	**3**	**2**	**354**	**158**	**56**	**59**	**43**	**258**	**546**	**491**	**1 037**
Cons. cons. pharmacol.	2	0	0	0	2	1	0	0	1	2	5	3	8
Cons. cons. sur les aides technologiques	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	3
Sec. à l'adoption internationale	0	1	0	0	2	3	0	0	0	4	2	8	10
Sec. à la famille	1	1	0	0	2	7	0	0	0	3	3	11	14
Conseil de la famille	0	0	0	0	2	2	0	1	0	1	2	4	6
Cons. des aff. sociales	1	1	0	0	4	5	1	2	0	1	6	9	15
Sous-total des conseils	**4**	**3**	**0**	**0**	**13**	**19**	**1**	**4**	**1**	**11**	**19**	**37**	**56**
Grand total	**94**	**17**	**3**	**2**	**367**	**177**	**57**	**63**	**44**	**269**	**565**	**528**	**1 093**
Pourcentage (%)	84,7 %	15,3 %	60 %	40 %	67,5 %	32,5 %	47,5 %	52,5 %	14,1 %	85,9 %	51,7 %	48,3 %	

B- Nominations et départs pendant les années financières 1985-86, 1986-87, 1987-88, 1988-89 et 1989-90

Au cours de l'exercice 1989-90, le Ministère a enregistré 71 départs et 51 entrées. Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années.

	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-90
Affectations	145	111	107	90	121
Nominations	35	31	27	26	19
Mutations depuis un autre ministère	73	56	69	59	32
Total entrées en fonction	**108**	**87**	**96**	**85**	**51**
Mutations à un autre ministère	78	45	44	38	41
Démissions	15	17	15	10	8
Retraités	36	38	22	12	20
Congédiements	0	1	2	0	1
Décès	2	1	1	3	1
Total départs	**131**	**102**	**84**	**63**	**71**
Taux de mobilité (% des départs sur effect. autorisés)	11,6 %	8,9 %	7,3 %	5,6 %	6,4 %

Il y a eu, au cours de l'année, 22 promotions sans concours réparties comme suit :

	1989-1990		
	H	F	Total
Cadres	0	0	0
Personnel professionnel	2	0	2
P.B.T.A.	1	19	20
	3	**19**	**22**

Composition typographique: Mono-Lino inc.

Achevé d'imprimer en juin 1991
sur les presses de l'imprimerie
Laurentide Inc. à Loretteville

Imprime sur papier
contenant 50% de fibres recyclees
dont 5% desencrees

ISBN 2-551-14630-5

90000

9 782551 146307

Imprime au Québec (Canada)

4.00 $

Ministere de la Sante
et des Services sociaux